8

O LĂMURIRE

Non licet omnibus adire Corinthum.

Am fost preveniţi — şi o deprimantă experienţă ne-a încredinţat de temeinicia avertismentului: a întreprinde în România. cu mentalitatea specifică nouă — bun, de soiu e numai ceeace poartă pecetea de importaţiune străină — şi într'o limbă a cărei sferă de difuziune e din nenorocire redusă la un contur ce se confundă cu înseşi hotarele geografice ale ţării; a întreprinde, sub atari auspicii, ni s'a atras atenţiunea, publicarea unei opere de anvergura „Tratatului complect de Medicină Legală" e, privit sub unghiul posibilităţilor de desfacere, dacă nu o nebunie, în orice caz un act de o temeritate care frizează inconştienţa. Şi de fapt am greşit socoteala când, pătrunşi de valoarea lucrării cu care dotam literatura ştiinţifică indigenă, ne-am închipuit, în naivitatea noastră, că ne putem bizui şi pe îmbrăţişarea păturii intelectuale, căreia îi e destinată cartea, şi pe sprijinul efectiv şi eficace al cârmuirii. Da. ne-am înşelat amar. Pe de o parte, cu toată inovaţiunea ce constitue volumul I — eram îndrituiţi să ne aşteptăm ca, judecându-se după această primă parte, să se spună despre lucrarea noastră: „materiam superat opus", *— cu toată această originalitate, zicem, n'am izbutit să scuturăm indiferenţa corpului medical, a studenţilor în medicină şi în drept, a baroului, a magistraturii. a administraţiei. Pe de altă parte, n'am reuşit să trezim interesul Statului pentru o sforţare românească deosebit de preţuită de forurile competente de dincolo de graniţe.*

Dacă ne mâhneşte toropeala intelectualilor de specialitate, în schimb — acum, după lecţia căpătată — nu ne mai miră de loc atitudinea stăpânirii, deşi, dela răsboiu încoace, se pot, fără exagerare, evalua la miliarde sumele, budgetar şi extra-budgetar, alocate capitolului vag definit al propagandei culturale. Pentrucă, în definitiv, „Tratatul complect de Medicină Legală" nu poate întru nimic contribui la acţiunea de formare a unei conştiinţe electorale. Şi doar... de minimis non curat praetor.

29 MAY 2004

52.919

Fatal erà, în atari condițiuni, ca pov[illegible]*ască să covârșească puterile noastre, în cari aportul d*[illegible]*enie îl formau iluzii, multe și frumoase iluzii — repede, în*[illegible]*ite. Mărturisim, cu decepțiunea în suflet pentru noi, cu un adânc sentiment de rușine pentru țară, că am pierdut partida*: non licet omnibus adire Corinthum. *Trebuia să ne gândim că, în epoca materialismului brutal și a utilitarismului cu orizontul mărginit de astăzi, publicarea unui tratat ca al nostru e un costisitor lux de idealism intelectual, care se plătește din pungă proprie. Și, astfel, clădind pe un teren instabil, nu numai că n'am dat ascultare sfatului unui om înzestrat cu un sănătos simț practic, dar încă am comis eroarea de a nu porni măcar cu o cât de șubredă balanță între activul iluziilor și pasivul palpabil al cheltuelilor de făcut. Orbire care a uimit și pe autorii străini, cum, între altele, dovedește această reflecție a Profesorului Balthazard, în comunicarea de prezentare a volumului I, într'una din ședințele Academiei de Medicină din Paris: „Nous félicitons notre collègue d'avoir osé entreprendre et d'avoir mené à bien, dans les conditions économiques actuellement si difficiles, la publication d'un gros traité de médecine légale,* entreprise qui a rebuté les médecins légistes français, *depuis l'apparition des monographies médico-légales de Brouardel". Și tot Balthazard, într'o scrisoare cu caracter personal, își exprimă regretul că n'am publicat tratatul în limba franceză. De o făceam, e neîndoios că succesul de librărie îi erà asigurat; dar noi am fost călăuziți de considerațiunea că lucrarea noastră se adresează și la un însemnat contingent de medici, magistrați, avocați și studenți din provinciile realipite la patria-mumă și cari nu posedă în chip satisfăcător limba franceză, ei fiind mai familiarizați, în materie de limbi străine, cu maghiara, germana ori limba rusească.*

Da, îndrăzneala nu ne-a lipsit, — dar norocul nu ne-a ajutat; iar mijloacele săcătuite nu ne îngădue să perseverăm în jertfa ad gloriam.

⁂

Ne-am desmeticit: reducem din amploarea proiectată a lucrării, concentrând într'unul singur, tomul de față, materia ce urma să fie tratată în două volume.

Multa paucis. *Nu sacrificăm nimic, nici din ansamblul faptelor medicale, nici din planul de tratare. Practicăm o simplă exciziune în ce privește desvoltarea sub raportul interpretării de domeniul filozofiei dreptului și al documentării jurisprudențiale.*

Lacuna aceasta, oricât de simțitoare ar fi ea, pierde întrucâtva din însemnătatea ei, dacă ținem seama de împrejurarea că ne aflăm în preziua nu numai a unei simple modificări de redac-

ţiune a unor texte de cod, ci a unei radicale revizuiri a concepţiei şi principiilor de drept şi dreptate atât în domeniul civil cât şi în acel al represiunii penale. Impresiunea, dovedită neîntemeiată, că această reformă urmă să se înfăptuiască încă în cursul anului 1929 şi că astfel ne va fi cu putinţă să acomodăm tratarea medicală a materiei cu noua legiuire, ne-a făcut să temporizăm cu tipărirea volumului II.

Indată după realizarea reformei codurilor civil şi penal (şi a procedurilor respective) vom expune, într'un supliment de câteva pagini, schimbările interesând practica expertizelor medico-legale

Autorul

BIBLIOTECA
FACULTĂŢEI DE MEDICINĂ
Înregistrat la No. 835
19

DIVIZIUNEA I

OMUL VIU

PARTEA I

COPILUL CONCEPUT ŞI COPILUL NĂSCUT

CAP I

CONCEPŢIUNEA

> „*Infans conceptus pro nato habetur, quoties de ejus commodis agitur; quoties de commodis ipsius partus quaeritur*".
>
> (DIGESTE)

Printr'o ficţiune a dreptului civil — pe care civilizaţiunea modernă, în preocuparea-i de a chezăşui soliditatea structurii societăţii, bazată pe trăinicia şi moralitatea nucleului familial, şi-a însuşit-o din vechiul drept roman — se acordă fiinţei în fapt inexistente a rodului zămislirii *(qui in utero est)* nu o quasi-personalitate, ci o personalitate legală şi o capacitate legală întreagă. Atât numai că, până la naştere, caracterul personalităţii şi al capacităţii e prezumtiv: născut *viu*, fructul concepţiunii capătă şi atributul existenţei în fapt; născut *mort*, devin *ipso facto* caduce şi prerogativele vremelnic recunoscute până în clipa uşurării mamei, deoarece *„qui mortui nascuntur, neque nati, neque procreati videntur"* (Digeste).

Şi aceste drepturi intangibile ale individului numai zămislit nu sunt numai proclamate printr'o vagă enunţare de principiu, ci formal şi precis stipulate în diverse dispoziţiuni privitoare pe de o parte la *filiaţiunea* legitimă, iar pe de alta la *capacitatea de a succede, de a primì prin act de donaţiune între vii sau pe cale de legat testamentar.*

A. — Filiaţiunea şi capacitatea de a moşteni

I. Filiaţiunea legitimă a fructului concepţiunii e constituţită prin următoarele texte ale Codului Civil:

1. **Filiaţiunea paternă:** *a) Art. 286:* „Bărbatul este tatăl copilului conceput (zămislit) in timpul căsătoriei". — *Art. 287:* „Bărbatului nu-i va fi iertat să nu recunoască de al său pe copil, sub cuvânt de neputinţă trupească; nu va putea a nu-l recunoaşte nici chiar pentru cauză de adulteriu (preacurvie)". — *b) Art. 288:* „Bărbatul nu va putea tăgădui paternitatea copilului născut înainte de 180 zile dela celebrarea căsătoriei, în următoarele cazuri: 1. Dacă a ştiut mai inainte de căsătorie că femeia e *însărcinată*"... — *c) Art. 289*, hotărînd că legitimitatea copilului, născut după 300 zile dela desfacerea căsătoriei, *va putea* fi contestată, lasă, prin chiar această *latitudine*, deschisă calea demonstraţiei că *pruncul poate fi şi fructul unei zămisliri legitime*. — *d)* In aplicarea ce se face dispoziţiunii din *art. 292* („Filiaţiunea copiilor legitimi se dovedeşte prin actele de naştere trecute in registrele stării civile"), i se dă o interpretare mai largă, admiţându-se ca element de convingere şi dovada simplei concepţiuni legitime: „Persoana care reclamă o filiaţiune trebuie să dovedească (între altele) concepţiunea sau naşterea în timpul căsătoriei". (Cas. S. I. 1 Octombrie 1875; Cas. S. I, 5 Octombrie 1921). — *e) Art. 301*, proclamând că „acţiunea pentru reclamarea stării civile este nepreseriptibilă în privirea copilului", statorniceşte între altele, dreptul administrării dovezii că interesatul a fost conceput în limitele fixate de lege pentru sarcina legitimă. De acest drept se bucură şi eventualii moştenitori ai copilului decedat *(art. 302* şi *303)*. — f) Printr'o derogare expresă dela principiul suveran statornicit prin dispoziţiunea sumară cuprinsă in *art. 307:* „cercetarea paternităţii este oprită", legiuitorul face o singură excepţie şi aceasta bazată tot pe elementul concepţiunii: „In caz de răpire, *când epoca răpirii va corespunde cu aceea a zămislirii copilului, răpitorul va putea fi declarat, după cererea părţilor interesate, de părinte al copilului*". Să se noteze, că aci nu mai e vorba de o simplă recunoaştere (de bună voie sau silită), ci de o consacrare *de plano* a filiaţiunii paterne legitime, în înţelesul art. 286, asemuind astfel copilul conceput de femeia răpită cu copilul conceput de femeia soţie legitimă a răpitorului.

Iar jurisprudenţa, printr'o largă şi umană interpretare a legii, nu numai în litera ei şi în spiritul ei, recunoaşte femeii seduse — pe care o asimilează cu femeia răpită — dreptul la despăgubiri civile:

„Seducţiunea, chiar in afară de manopere dolosive, constitue un quasi-delict şi poate da loc la acţiune in daune pe temeiul art. 998, c. c., atunci când îngreuiază sarcinile femeii seduse şi când nu există nici o îndoială în privinţa prejudiciului cauzat. In asemenea caz seducătorul nu se poate pune sub scutul art. 307 din c. c., acest articol având de scop a îndepărta şantajul femeii, iar nici de cum a asigura impunitatea libertinajului". *(Trib. Ilfov, S. I,* 2 Octombrie 1912).

Interpretarea aceasta e aceia a unei vechi jurisprudenţe franceze: „Fără ca prin aceasta să se aducă vreo ştirbire principiului care interzice cercetarea paternităţii, un individ poate fi condamnat să plătească daune-interese fetei pe care a sedus-o, pentruca aceasta să poată face faţă greutăţilor de întreţinere a copilului". (Casaţia franceză, 1864).

2. **Filiaţiunea maternă:** *Art. 306.* „Cercetarea maternităţii este primită". Filiaţiunea maternă poate înlesni copilului să-şi stabilească şi filiaţiunea paternă, dacă el sau acei cari au sarcina apărării intereselor lui pot face dovada

că a fost conceput in termenele admise de lege pentru proclamarea acestei din urmă filiațiuni

* * *

Dar *filiațiunea legitimă (paternă și maternă)* e recunoscută copilului și în caz de anulare a căsătoriei, pentru bigamie de exemplu (când se face dovada bunei-credințe, fie a ambilor soți — art. 183 c. c., fie numai a unuia din soți — art. 184 c. c.). Și această filiațiune e consfințită de jurisprudența noastră:

„Viciul bigamiei atrage nulitatea căsătoriei, totuși efectele acestei căsătorii nu sunt totdeauna nule, *in ceeace privește pe copii*, deoarece legiuitorul i-a atribuit toate efectele unei căsătorii putative, atunci când a fost contractată de bună-credință, atât in privința soților *cât și în privința copiilor*". (Trib. Constanța, 1910).

3. **Filiațiunea copiilor naturali.** — *a) Art. 304*: „Copiii născuți sau *concepuți* afară din căsătorie vor fi legitimați prin căsătorie, făcută după naștere între tatăl și mama lor, când aceștia ii vor fi recunoscut fie prin actul de naștere, fie *prin act autentic anterior căsătoriei, fie prin actul chiar de căsătorie*". — *b) Art. 305*: „Legitimarea se poate face chiar în folosul copiilor încetați din viață, cari au lăsat după dânșii descendenți și atunci aceștia se bucură de efectele ei". — După Dimitrie Alexandresco, chiar individul pus sub un consiliu judiciar poate să recunoască un copil natural, numai cu condițiunea să se constate că e in stare a-și da seama de însemnătatea unui atare act. — *c) Art. 306*: „Copiii, legitimați prin căsătoria urmată după nașterea lor, vor avea aceleași drepturi ca și cum ar fi fost născuți din această căsătorie".

Această legitimare a copilului conceput înainte de căsătorie, cu toate drepturile legale ce decurg din ea, e consfințită și printr'o decizie a Casației noastre până și in favoarea copilului rod al *unei concepțiuni adulterine sau chiar incestuoase*:

„Dispozițiunile art. 304 c. c., potrivit cărora se pot legitimă prin căsătorie subsecventă copii născuți sau *concepuți* in afară de căsătorie, se aplică indiferent dacă muma, *in momentul concepției* acelui copil, era căsătorită sau necăsătorită, deoarece in legislațiunea noastră, in deosebire de cea franceză, nu se face nici o distincție între copii naturali *adulterini* sau *incestuoși*, toți fiind puși pe aceiași linie". *(Cas. S. I*, decizia No. 919 din 18 Decembrie 1912, Buletinul p. 2118).

Comentatorii calificați ai dreptului civil admit recunoașterea unui copil numai zămislit, și această concluzie o trag din dispozițiunile principiale privitoare la succesiune și capacitatea de a primi donațiuni, dispozițiuni după cari rodul concepțiunii *pro nato habetur*. Ca o atare filiațiune să poată căpăta investirea legală, copilul ce urmează să se nască trebuie legalmente idendificat prin: *a)* indicarea mamei; *b)* constatarea sarcinii acesteia; *c)* fixarea epocii probabile sau aproximative a nașterii. Deasemenea e considerată ca o dovadă complectă a filiațiunii declarația făcută de femee și înregistrată in actul de căsătorie, că in acel moment e însărcinată și când bărbatul nu face nici o obiecțiune, — deci, fără chiar existența unui act autentic anterior căsătoriei ori a unei declarații formale și din partea soțului că recunoaște rodul concepțiunii.

II. Capacitatea de a moșteni și a primi donații e recunoscută copilului numai *conceput* prin următoarele dispozițiuni:

1. După art. 654, persoana capabilă de a moșteni „trebuie *neapărat* să existe in momentul deschiderii succesiunii", iar „*copilul* conceput *este consi-*

derat că există". De unde urmează, că un copil *conceput la moartea ascendentului*, deşi născut după acest deces, se socoteşte ca fiind în viaţă în momentul împărţelii, adică i se rezervă partea succesorală pentru eventualitatea că se va naşte viu.

2. *Art. 808.* — „Este capabil de a primi prin donaţiune între vii *oricine este conceput* în momentul donaţiunii. — Este capabil de a primi prin testament *oricine este conceput* la epoca morţii testatorului".

Legiuitorul a ţinut însă să asigure beneficiul întâităţii copilului legitim care ar fi conceput în urma sau în timpul donaţiunii făcute unei terţe persoane, chiar când acest copil conceput e un *postum*, adică se naşte după moartea tatălui sau a mamei sale. Donaţiunea, deşi investită cu toate formele legale, devine caducă. *(Art. 836 şi 837* cazurile de revocabilitate a donaţiunilor).

3. Drepturile copilului numai conceput anulează pe acelea ale persoanei adoptate. Aceasta se deduce din tălmăcirea dispoziţiunii art. 309, după care „nu pot adopta decât persoanele de ambele sexe şi cari la epoca adopţiunii nu vor avea nici copii nici descendenţi legitimi", — înţelegându-se prin copil şi simplul rod al zămislirii. Astfel că, dacă în timpul îndeplinirii formelor legale de adopţiune se constată sarcina soţiei, actul de adopţiune devine caduc. Aceiaşi interpretare trebuie dată şi unei jurisprudenţe a Casaţiei noastre, când pentru justificarea nulităţii unei adopţiuni, invoacă existenţa unui copil — şi s'a văzut că ajunge să fie conceput ca un copil să fie considerat că există — în momentul adopţiunii: „Fiind astfel stabilit că părintele despre a cărui succesiune este vorba avea un copil legitim, este evident că adopţiunea nu putea să aibă nici o valoare". *(Casaţia S. I.* decizia No. 129 din 17 Februarie 1913). Nulitatea se poate deci pronunţa şi după săvârşirea actului adopţiunii, dacă se face dovada că, la epoca adopţiunii, copilul legitim era deacum conceput.

4. Drepturile la succesiune ale copilului legitim numai conceput decurg şi din dispoziţiunile privitoare la efectele absenţei în privinţa averei ce absentul poseda în ziua dispariţiei sale, pentrucă *art. 106* vorbeşte despre „acei cari ar fi moştenitorii săi, în ziua când el a dispărut (s'a făcut nevăzut)..." — şi copilul conceput e un moştenitor legal *(art. 654)*.

5. Tot pentru asigurarea unei filiaţiuni legitime copilului numai zămislit şi deci pentru apărarea patrimoniului său, legiuitorul, prin *art. 210* şi *278*, interzice văduvei (prin decesul soţului ori prin divorţ) de „a trece în a doua căsătorie decât după 10 luni dela desfacerea prin moarte, sau anularea căsătoriei precedente, afară dacă a născut în acest interval". Pentrucă, născut în termenul de 10 luni solare, adică 300 zile — limita maximă admisă de lege pentru naşterile tardive — copilul e considerat ca fruct al concepţiunii legitime cu primul bărbat şi astfel se bucură în chip automatic şi de un statut personal şi de capacitatea de a moşteni. Născut după termenul maxim de 10 luni, filiaţiunea lui legitimă în raport cu primul bărbat poate fi contestată şi chiar neadmisă de tribunale; în schimb îi rămâne dobândită filiaţiunea legitimă a celui de al doilea soţ, pentrucă atunci când femeia e legal măritată şi în acelaş timp însărcinată, legea nu concepe existenţa unui copil fără tată legitim. Iar în cazul când legitimitatea e recunoscută şi de primul soţ (sau moştenitorii lui) şi de bărbatul de al doilea, copilul (sau mama copilului numai zămislit) îşi alege filiaţiunea ce-i convine: „Când o persoană se bucură de *două filiaţiuni legitime*, este în drept să aleagă de tată pe acela pe care-l crede de cuviinţă". *(Trib. Covurlui*, 18 Noembrie 1922).

6. Tot din preocuparea de a garanta drepturile rodului legitim al zămislirii, legiuitorul a creat numeroase îngrădiri şi cazuri de nulitate în materie de liberalitate (donaţiuni între vii şi legate testamentare).

Așa, donațiunile între vii se revoacă în caz de naștere (*recte* zămislire) de copii în urma donațiunii (*art. 829*): „O rentă constituită de un bărbat, în profitul unei femei cu care a avut relațiuni de o natură deosebită, poate fi revocată, dacă donatorul a dobândit un copil legitim posterior donațiunii". (*Trib. Ilfov,* 1901). In caz de acțiune în justiție din partea femeii interesate, expertiza medico-legală are de demonstrat: *a)* dacă pruncul e în adevăr al soției donatorului (substituire de copil, incapacitate de a concepe); *b)* dacă donatorul e apt de a fi părintele copilului (*impotentia fecundandi,* absență, despărțire de fapt).

Limitarea părții disponibile pentru actele de liberalitate, dacă la moartea donatorului sau a testatorului rămâne un copil legitim (*art. 841*). In contra aplicării dispozițiunii din *art. 843*, văduva poate cere să facă dovada c'a rămas grea.

In sfârșit, *art. 652* și *677* consacră drepturile la moștenire ale copilului natural nerecunoscut (copilul numai zămislit); ca unul ce, potrivit *art. 308*, are filiațiunea maternă prin chiar lege statornicită, în ce privește succesiunea mamei, aceea a ascendenților și a colateralilor acesteia, copilul natural e asimilat cu copiii legitimi ai mamei (*art. 652*).

Dreptul acesta e, pe cale de interpretare jurisprudențială, extins și la succesiunea deschisă a fratelui sau surorii de mamă (frați uterini): „Copilul natural are drept de moștenire în averea fratelui și surorei sale de mamă, *deși legea nu spune expres aceasta,* căci dispozițiunile *art. 677* din c. c. nu sunt restrictive". (*Cas. S. I, 1897*). Jurisprudența aceasta e confirmată și de o decizie ulterioară a Curții Supreme: „Copilul natural este în drept a moșteni pe sora sa ieșită dintr'o căsătorie legitimă". (*Cas. S. I,* 17 Septembrie 1908).

Deatunci, tribunalele s'au conformat acestei jurisprudențe: „Din moment ce, după dispozițiunile art. 652 și 677 c. c., copilul natural este considerat față de mama sa ca un copil legitim, intențiunea legiuitorului a fost de a asimila succesiunea copiilor naturali cu aceea a copiilor legitimi, astfel că copiii naturali au vocațiune la succesiunea fraților morți fără posteritate". (*Trib. Muscel 1913*).

⁂

Legiuitorul în dubla-i grijă, pe de o parte de a feri edificiul social — legat în încheieturile sale prin cimentul moral al filiațiunii legitime — de orice știrbire de natură a-i pricinui un zdruncin primejdios, iar pe de alta de a asigura perpetuarea speciei și deci continuarea instituției familiei, nu s'a mărginit la crearea acelei ficțiuni legale a personalității și capacității copilului numai zămislit, ci a stabilit și *sancțiuni penale* pentru orice încercare de suprimare a ființei simplei zămisliri.

Din această solicitudine pentru individul ce nu e încă născut dar are sorți să se nască, a izvorît acțiunea de reprimare care-și găsește expresia legală în art. *240* c. p. (avortul provocat prin lovirea sau rănirea mamei) și art. *246* c. p. (avortul criminal).

B. — Dovada medico-legală a concepțiunii

Dispozițiunile din codul civil mai sus analizate pot necesita adesea aplicațiuni medico-legale, deoarece nu arareori se ivesc împrejurări când, fără să se mai aştepte uşurarea femeii, omul artei e chemat să constate realitatea concepţiunii. — In această privinţă vom menţiona şi curiozitatea *sarcinii imaginare.* Literatura medico-legală — citām din cea mai recentă *(Spinner* 1919, *Liepmann* 1923, *Hofstaetter* 1924) — înregistrează numeroase cazuri de atari sarcini: femeia, deşi nu prezintă nici un simptom de turburare mintală, totuş, sub imperiul obsesiunii ce-şi are obârşia pe de o parte în întreruperea patologică a menstruaţiei, cu o indispoziţie subiectiv confundată cu aceea care caracterizează gestaţiunea, iar pe de alta într'o capricioasă rotunjire mai mult sau mai puţin pronunţată a formelor, se auto-sugestionează că a rămas grea.

Verificarea graviditāţii în genere se poate face şi cliniceşte şi cu ajutorul radiografiei. Perfecţionarea acestui din urmă mijloc va înlătura posibilitatea de eroare în diagnosticul clinic, în deosebi in ce priveşte confuzia între fătul neinsufleţit (din prima jumătate a vieţii uterine) şi fătul mort în uter pe de o parte, şi o tumoare, pe de alta. Obstetrica, de ale cărei cunoştinţe se serveşte in ocurenţă medicina-legală, poate conta pe această desăvârşire, date fiind progresele, lente e adevărat dar de netăgăduit, realizate dela prima comunicare a lui *Varnier* şi *Vaillant* (1896: cele dintâi imagini roentgeniene ale scheletului foetal în uter, obţinute la clinica Baudeloque din Paris), — experienţe, din ce in ce mai concludente, continuate de *Bouchacourt* (1900), *Fochier* (1901), până ce. în 1910, *Potocki, Delherm* şi *Laquerrière* (la Paris), *Fabre, Barjon* şi *Trillat* (la Lyon) izbutiră să înregistreze nu numai umbre mai mult sau mai puţin interpretabile, ci adevărate radiografii fetale.

Interesul cel mare ce acest mijloc de verificare a rodului concepţiunii îl prezintă pentru medicina legală stă în avantajul că expertul, cu ajutorul razelor X, poate obţine o imagine uterină a scheletului fetal cu o anticipaţie de 15—20 zile asupra indicaţiunilor ce le pot da semnele clinice ale vieţii fetale, *în prima jumătate a termenului de gestaţiune.*

⁂

Graţie acestui procedeu, se pot obţine rezultate de o necontestată valoarea diagnosticală pentru: 1. confirmarea vieţii fătului încă înainte de sfârşitul celei de a 2-a luni a gestaţiunii; 2. determinarea vârstei fătului în prima şi a doua jumătate a gestaţiunii; 3. verificarea morţii fătului in uter cu mult înainte de expulzare; 4. identificarea concepţiunii gemelare şi a superfetaţiunii; 5. identificarea concepţiunii extra-uterine; 6. constatarea anomaliilor fetale; 7. diferenţiarea fătului de o tumoare. *(Pentru detaliile acestui procedeu, vezi mai departe: cap. „Sarcina", vol. II).*

CAP. II

NAŞTEREA

Pentru ca persoana ipotetică a rodului zămislirii să se poată efectiv bucura de privilegiile ce principial ii sunt atribuite prin ficţiunea legală a existenţei sale, trebuie ca fătul să se nască viu, indiferent de durata vieţii extra-uterine: „Pentru a succede, ajunge ca copilul să se nască viu, fără a fi nevoie a se cerceta timpul cât a trăit în urmă“ *(Curtea de Apel din Bucureşti 1892)*. Căci după cum tălmăceşte şi Alexandrescu, singura raţiune a personalităţii prezumtive e de a preintâmpina inichitatea ca, prin faptul unei naşteri tardive, copilul să fie eventual desbrăcat de drepturile ce i s'ar fi cuvenit, dacă se năştea mai devreme.

A. Dovada vieţii extra-uterine

Urmează dar că prima probă de administrat, după naşterea copilului, e că acesta a manifestat o vieaţă extra-uterină. Demonstraţie de o insemnătate capitală pentrucă, întocmai ca şi în celelalte perioade ale vârstei, şi in momentul expulzării fătului din uter se poate intâmpla să ne aflăm numai în faţa unei *morţi aparente* şi astfel să considerăm *născut mort* un copil care *în realitate a trăit*. Avem cazul clasic (citat de *Brouardel)*: un făt de 6 luni şi jumătate, declarat de către moaşă *născut-mort* la 11 dim., a fost găsit *viu* la 4 şi jumătate d. a., în mijlocul cârpelor cu cari fusese infăşurat. Un caz identic a fost verificat de noi (Bucureşti, 1923): un locuitor dela periferie s'a dus la oficiul de stare civilă să prezinte copilul „născut mort“. In aşteptare să-i vie rândul la biroul de înregistrare, a pus copilul la picioarele lui, jos pe scânduri. Trecuse ca la o oră — şi deodată părintele vede că „mortul“ începe să se mişte. Copilul ne-a fost adus şi am constatat că e normal desvoltat şi perfect viabil.

Deaceia socotim ca o inadvertenţă a leginitorului nostru (legea privitoare la actele stării civile din 21 Februarie 1928), care, *la art. 61* al acestei legi, prescrise că „pe actul de naştere (al copiilor născuţi morţi, cari trebuesc declaraţi în termenul scurtat de 24 ore în loc de 3 zile) se va face menţiunea *născut mort*". Trebuia să ne însuşim dispoziţiunea din decretul-lege francez din 14 Iulie 1806 care, în grija de a nu prejudicia eventuale interese legitime, hotărăşte că, atunci când i se declară un copil născut mort „*l'officier de l'état civil n'exprimera pas qu'un tel enfant est décédé, mais seulement qu'il lui a été présenté* sans vie, *afin de ne pas préjuger de la question de savoir* s'il y a eu vie ou non". Ori dispoziţia din *art. 724* c. c. italian şi *art. 23* c. c. austriac, după care, în caz de îndoială, copilul născut la termen e presupus, până la dovada contrarie, a se fi născut viu, pentrucă, odată ajuns la maturitate şi născut în condiţiuni normale, se admite că fătul a putut să trăiască. Apoi, după cum observă şi Alexandrescu, faptul că un copil a fost declarat mort nu poate face dovada că s'a născut mort, pentrucă moartea a putut să se producă între naştere şi ora declaraţiei.

Din fericire există, în chiar legea din 21 Februarie 1928, un corectiv: „Actele stării civile trecute în registru sunt crezute până la înscrierea în fals, pentru tot ce ofiţerul stării civile încredinţează c'a avut loc în prezenţa sa" *(art. 22)*. Aşa dar, o expertiză medicolegală, făcută înainte sau după immormântarea celui declarat *născut mort*, poate administra dovada dacă fătul cu adevărat s'a născut viu ori mort.

I. Limita pentru naşterea copilului viu

Art. 286 (al. 2) c. c. (filiaţiunea legitimă), hotărînd că „bărbatul însă va putea să nu recunoască de al său pe copil, dacă dovedeşte că în cursul timpului cuprins între a 300-a zi şi între cea a 180-a, mai înaintea naşterii copilului, a fost în imposibilitate fizică de a coabita cu soţia sa....", urmează că limita inferioară legală a vârstei intra-uterine, pentru naşterea unui copil viu, e de 180 zile.

Limită arbitrară — pentru fixarea căreia sfetnicii lui Napoleon s'au inspirat dela *Galien*, sec. II a. Chr. şi *Zacchias*, secolul XVII d. Chr., după care naşterea cea mai precoce a unui copil viu nu poate fi anterioară celei de a 182-a zi dela zămislire, — pentrucă, după cum vom vedea îndată la „naşterile precoce", se pot naşte vii şi se poate întreţine vitalitatea şi la feţi născuţi înainte de a 180-a zi dela concepţiune (cuveusele).

Limită ce se poate *artificial* obţine: O femee, având *interes* să se uşureze cu o întârziere de 48 ore (ca să evite o naştere anticipată celei legate de a 180-a zi) a izbutit să asigure copilului său statutul personal legal, prin aceea că a stat liniştit culcată în pat şi a pus să i se administreze mai multe clisme ce conţineau o cantitate de laudanum *(Brouardel)*.

Nașterile precoce

Observațiunile mai vechi confirmă posibilitatea nașterii unui copil viu la o dată cu mult sub limita legală de 180 zile:

135 zile: Fortunatus Licetus (mort la 80 ani).

142 zile: Un copil a respirat și a scos țipete destul de tari *(Snik).*

150 zile: Un copil care a trăit câteva zile *(Velpeau);* un copil care a trăit 30 minute *(Carter);* Mareșalul Richelieu, recunoscut viabil de către Parlamentul din Paris; 3 copii viabili (statistica lui *Bonn);* copilul a trăit 3 ore și jumătate *(Tompson);* copilul a trăit 24 ore *(Rittel).* In deosebi impresionant este cazul citat de *Mahon:* născut cu ochii închiși, pipernicit, copilul a rămas timp de 4 luni în amorțire aproape complectă (nu înghițea lapte, nu elimina nici o materie): apoi a început să se brănească, „desvoltându-se în așa măsură că, la 16 ani, întrecea în vigoare pe adolescenții de o vârstă cu el". *Davies,* la două avorturi, a notat mișcări ale membrelor — și, după legislația noastră, aceste mișcări sunt suficiente spre a atesta viața.

138 zile: copilul n'a deschis ochii decât a doua zi și a continuat să trăiască, sfrijit însă *(Barker).*

162 zile: a trăit 4 zile *(Kopp).*

165 zile: dintre 3 feți avortați (toți dând semne de viață), unul a trăit 5 ore *(Taylor);* a trăit câteva clipe (deși la autopsie, docimasia pulmonară a fost negativă — vezi „Viața fără respirație" Vol. I, p. 504 — *(Tourdes);* copilul, extras din membrane și încălzit, a respirat regulat și a trăit 3 ore *(Maissonneuve).* Un caz și mai concludent: în 1922 (București) o tânără primipară a născut un copil de 5 luni și jumătate, care a trăit 24 ore *(Minovici).*

167 zile: a trăit 8 ore și jumătate *(Christison).*

178 zile: copilul a trăit 8 zile *(Fleischmann).*

Aceste observațiuni oricât de fantaziste ar putea ele să pară legiuitorului, sunt coroborate de altele mai noui:

1. *D'Outrepont* a constatat viața la feți născuți între a 135-a și a 140-a zi.
2. Copii născuți în a 175-a zi pot fi menținuți în viață.

II. Semnele vieții

Elementele constitutive ale diagnosticului vieții la noul născut, în chiar momentul expulzării lui din uter, sunt două: 1) stabilirea respirațiunii pulmonare (cu țipătul); 2) dispariția circulației fetale. După cum însă se va vedea *(cap. „Pruncuciderea, vol. II),* ambele aceste dovezi nu îmbracă un caracter de certitudine, ci numai unul de probabilitate.

Respirația extra-uterină (cu corolarul ei: abolirea circulației fetale) e incontestabil o dovadă a vieții, nu însă eliminatoare. Copilul se naște în stare de moarte aparentă, inima îi bate normal, dar toate sforțările medicului de a stabili respirația rămân infructuoase: se va deduce de aci că fătul nu s'a născut viu? Expertul, conchizând, numai din absența semnelor respirației, la însăș absența vieții, ar comite eroarea celor vechi cari, conform preceptului din dreptul roman. considerau ca născuţi morţi pe copiii pentru cari nu s'a putut face dovada respiraţiei. *(Qui mortui nascuntur neque nati, neque procreati videntur, quia nunquam liberi apellati potuerunt).* Circumspecţiune cu atât mai necesară, cu cât medicina legală cunoaşte cazuri de *respiraţie fără vieaţă*, observaţie pentru întâia oară făcută de *Benedict* (1812), şi pe care o găsim utilizată în jurisprudenţa franceză: „Pentru ca un copil să fie considerat c'a trăit, trebuie să se stabilească de acei cari revendică moştenirea lui, că el a respirat în mod *complect*, o simplă mişcare a corpului nefiind o probă suficientă a vieţii extra-uterine, *un început de respiraţie putând uneori fi provocat printr'o mişcare convulsivă*". (Trib. Narbonne, Curtea de Apel din Montpellier).

Dacă nici respiraţiunea *chiar complectă* — semn indicat în deosebi de *Chaussier, Marc, Orfila, Casper* şi alţii — nu poate constitui o dovadă peremptorie a vieţii extra-uterine, cu atât mai puţin ar trebui să considerăm ca atribute ale acestei vieţi alte semne de o valoare şi mai discutabilă. Agitaţiunea membrelor, mişcarea pieptului, micile inspiraţiuni, suspinurile, palpitaţiile inimii şi ale arterelor — observă cu drept cuvânt *Leroy* — nu pot fi luate drept o dovadă de vieaţă trăită după expulzarea fătului din uter. Pulsaţiile arteriale ale cordonului ombilical, mişcările membrelor, contractările diafragmei pot dura, fără viaţă complectă, timp de 1—2 ore, — dar de fapt ne aflăm în prezenţa ultimelor acte ale vieţii fetale care se stinge. Interpretare confirmată de cazul Hôtellier citat de *Briand — Chaudé*: femeea a murit însărcinată în a 4-a lună; s'a practicat operaţia cesariană şi s'a extras un făt feminin bine constituit. In procesul-verbal dresat imediat după intervenţia sa, chirurgul declară că, după ce a făcut ligatura cordonului şi a curăţat gura de mucusul care o astupa, „a simţit o bătae manifestă în regiunea inimii şi o căldură ce traducea în chip evident vieaţa copilului". Şase martori atestează că au simţit şi ei bătăile cordului, c'au văzut fătul mişcând un braţ şi că în adevăr a „trăit" câteva minute.

Consultaţi, mai mulţi medici legişti, în cap cu *Orfila* şi *Marc*, contestă cu hotărîre că semnele în chestiune ar putea fi tălmăcite ca o manifestare a vieţii extra-uterine, în înţelesul fiziologic. *Casper* nu tăgădueşte posibilitatea unei aşa zise vieţi *post partum* fără respiraţie, dar aceasta nu e vieaţă adevărată.

Şi cu toate acestea, jurisprudenţa noastră acceptă aceste mişcări convulsive drept dovadă a vieţii, pentrucă în legislaţia noastră, în deosebire de codul civil francez — care pretinde copilului ca, la naştere, să fie viu şi *viabil*, — nu se precizează ce se înţelege prin termenul *„viu"*.

III. Diferențiarea naşterii precoce de naşterea la termen

Codul civil fixând la 180 zile minimul vieții intra-uterine — care, în anume împrejurări, constitue şi un maxim *(art. 288)* — pentru noul născut *(partitus immaturus sed non vitalis)* apt a căpăta filiațiunea legitimă şi capabil de a primi donațiuni şi a moşteni, urmează necesitatea de a se stabili mijloacele de identificare a produsului unei naşteri precoce, în comparațiune cu un copil născut la termen (9—10 luni solare), sau aproape de termen. Identificarea aceasta — necesară şi pentru copilul în vieață, şi pentru cel care, născut viu, n'a supraviețuit uşurării mamei — se face prin: constatări deduse din habitusu-l exterior, desvoltarea generală a corpului (pentru copilul viu); examenul scheletului, starea viscerelor (pentru copilul mort).

1. Copilul viu

Intâiu constatăm (prin auscultare) stabilirea unei *respirații complecte şi bătăile regulate ale inimii.*

a) La noul născut *respirația* e accelerată (cu o alură mai mare ca dublă ca la adult): 40 respirațiuni pe minut; pe măsură ce copilul creşte, numărul respirațiunilor scade (30 la 1 an, 25 la 2 ani; 20 la 10 ani; 16 la vârsta adultă).

b) Circulația e şi ea mai vie la noul-născut decât la adult; se numără până aproape 140 pulsații pe minut (ca şi la făt), iar în primii ani ai vieții numărul pulsațiilor scade la 120 şi chiar la 110.

c) Temperatura noului-născut e, în medie, de 37°,2, ceva mai ridicată ca temperatura vaginală a mamei.

d) Prima *micțiune* poate să se producă în chiar momentul naşterii, pentrucă funcția urinară se stabileşte înainte de expulzare. Cantitatea de urină, mică în primele zile, creşte repede şi, ținând seama de proporții în ce priveşte greutatea totală a corpului, ea e cu mult mai mare la prunc decât la adult: peste 100 gr. în 24 ore la kilogramul de greutate corporală, la prunc; numai 20—25 gr. de kilogram, la adult; în schimb densitatea e mai mică: 1,002 în loc de 1,020. Reacțiunea e neutră.

e) Deglutiția e un semn pozitiv al vieții; dar, neconstatată, nu constitue un indiciu de moarte, deoarece absența deglutiției, în funcțiune de accidente sau de vicii de conformație, poate fi remediată prin intervenția omului artei sau prin hrănirea cu sonda.

f) Din punctul de vedere al *înfățişării exterioare* avem de notat:

1. *Pielea*, albă, rozată, elastică, acoperită cu un strat de sebum (în deosebi gros la nivelul regiunii cervicale, la acela al articulațiilor, al subsiorilor, al regiunii inguinale) şi cu puf menit să dispară în curând. — *la*

copilul la termen sau *aproape de termen*, e, dimpotrivă, de un roşu murdar, sbârcită, fără strat grăsos subcutanat, acoperită cu peri, *la fătul de 6 luni* (dar şi la cel de 7, 8 şi chiar 8 luni şi jumătate).

2. *Părul capului*, colorat şi lung de 2—3 cm., la *fătul matur*, e mai spălăcit, mai rar şi mai scurt la *fătul naşterii precoce*.

3. *Unghiile*, tari, cornoase, depăşind buricele degetelor dela mâini şi mai scurte la degetele picioarelor — la *fătul matur*, sunt mai moi, mai scurte la *noul născut precoce*.

4. *Cartilajele urechii şi ale nasului* sunt mai pronunţate la *fătul matur* decât la cel *născut înainte de termen*.

5. *Capul* — cu cât fătul se apropie de maturitate—e, în ce priveşte volumul, mai armonizat cu trupul: suturile craniene se apropie, oasele craniului câştigă în consistenţă, iar fontanelele se micşorează. Media circonferinţei capului copilului la termen e de 35 cm. (băeţi) şi 34 (fete).

6. *Ochii*. — Membrana pupilară persistă la copilul de 180 zile şi atinge maximum de desvoltare în luna a 7-a, când, spre sfârşitul acesteia, începe să dispară; în luna a 8-a nu mai există nici urmă.

Un semn de o deosebită importanţă e acela al *desfacerii pleoapelor* care nu se observă niciodată în luna a 6-a, ci abea în a 7-a.

7. *Sistemul dentar* ne oferă, ca element de identificare, prezenţa punctelor de osificare a dinţilor de lapte la fătul ajuns la maturitate.

8. *Talia* copilului la termen sau aproape de termen variază după statisticile de observaţiuni, în cari diferă şi limitele inferioară şi superioară: 40—52 cm. *(Casper)*; 45—48 cm. *(Devergie)*; 44—60 cm. *(Brouardel)*; 46—58 cm. *(Tardieu)*; 50—60 cm. *(Tarnier)*; 49—51 cm. *(Hecker şi Schroeder)*, 40—65 cm. *(Elsaeser)*, *Chaussier* indică media de 48,7 cm., iar *Thoinot* pe cea de 50 cm. — *Tourdes* fixează următoarele lungimi pentru viaţa fetală (în centimetri): 2 (1 lună), 4 (2 luni), 8 (3 luni), 16 (4 luni), 22 (5 luni), 28 (6 luni), 34 (7 luni), 46 (8 luni) şi 48 (9 luni). — *Casper* recomandă următorul calcul ingenios pentru stabilirea vârstei unui făt, începând cu a 5-a lună de viaţă intra-uterină: *se împarte numărul (în centimetri) reprezintând lungimea taliei prin 5*. Aşà, fătul având o lungime de 28—30 cm., vârsta lui obţinută prin acest calcul, va fi de 6 luni solare. — *Mediile* lui *Hecker*: la 24 săptămâni corespunde o talie de 28 cm.; la 25—28 săptămâni (175—196 zile) o talie de 35—39 cm.; la 29—32 săptămâni, o talie de 39,7—42 cm.; la 33—36 săptămâni o talie de 43—46 cm.; la 37—40 săptămâni, o talie de 47—49,6 cm.

Diferenţa de talie între 25 şi 28 săptămâni fiind de 4 cm. (adică 1 cm. de săptămână), urmează că talia fătului de 26 săptămâni (182 zile) va fi de 36 cm., iar aceea a fătului de 180 zile, ceva mai mică.

9. *Circonferinţa toracelui* e, în medie, de 33 cm. (băeţi) şi 32 (fete), la fătul matur.

10. *Organele genitale*. — Numai la fătul masculin matur testiculele (cari la 5 luni sunt sub rinichi, iar la 6 în fosa iliacă) au terminat alunecarea în scrotum, care e roşu, sbârcit. — La fătul femenin matur, crăpătura vulvară e închisă, iar buzele mari maschează buzele mici şi clitorisul.

11. *Cordonul ombilical* e deobiceiu inserat puţin dedesubtul jumătăţii corpului, numai foarte rar deasupra acestei jumătăţi. — Lungimea lui variază între a 6-a şi a 10-a lună lunară (adică luna de 4 săptămâni) dela 37—51 cm. *(Lacassagne)*. După *Négrier*, lungimea aceasta (la fătul matur) e de 43—67 cm.; după *Tarnier* poate ajunge până la 116 cm.; după *Chantreuil*, până la 120; *Kirgnistel* a înregistrat un cordon de 160 cm., iar *Neugebauer*, unul de 178 cm.

12. *Greutatea totală a corpului*. — *Tourdes* fixează următoarea scară pen-

tru creşterea greutăţii, în raport cu vârsta fătului: 4 gr. (1 lună), 20 gr. (2 luni), 50 gr. (3 luni), 100 gr. (4 luni), 300-400 gr. (5 luni), 600-700 gr. (6 luni), 1.500 gr. (7 luni), 2.000 gr. (8 luni), 3.200 gr. (9 luni). Mediile lui *Hecker* diferă de cifrele lui *Tourdes:* 676 gr., 1.170 gr., 1.571 gr., 1.942 gr. şi 2.323 gr., pentru începuturile lunilor a 6-a, a 7-a, a 8-a, a 9-a, şi a 10-a (lunile de 4 săptămani=28 zile). La fete, greutatea e ceva mai mică. — Cifrele acestea sunt date numai ca mijloc de orientare, pentrucă sunt şi excepţii: făt de 9 luni cântărind numai 1.500 gr., după cum s'au văzut feţi depăşind cu mult limita maximă normală de 3.200 gr. (*Stoltz* a înregistrat între 4.436 şi 4.625 gr.; *Moriceau* între 4.985 şi 5.436 gr., iar *Voigtel*, un făt de 7.248 gr.). *Thoinot* fixează media normală între 3.000 şi 3.500 gr., iar ca limită inferioară 2.000 gr., şi numai excepţional (naşteri gemelare sau cazuri patologice) greutatea fătului matur poate fi sub 2 kgr.

In definitiv, nu există criteriu sigur, decât pentru diferenţiarea unui copil născut înainte de termen de unul născut la termen sau aproape de termen. Semne certe pentru identificarea unui făt viu exact de 180 zile, aşa cum cere legea, nu sunt. — E locul să notăm observaţiunea lui *Teissier* (raportată de *Becquel* în „Le Monde Médical"): un făt de numai 174 zile (socotite exact din noaptea concepţiunii şi până la naştere) — cu talia de 31 cm. şi greutatea de 900 gr., cu mijlocul corpului corespunzând liniei mijlocii a sternului, cu ochii închişi, faţa acoperită cu puf, pielea de un roşu purpuriu, — a trăit, a învăţat să sugă şi să înghită.

In ce priveşte copiii sarcinilor multiple, trebuie să observăm că şansele de vieaţă sunt mai mici pentru fiecare din gemenii (sarcină dublă) născuţi la 180 zile, cu atât mai vârtos în *sarcina triplă*. Mende a văzut unul din feţi supravieţuind în sarcina *quadruplă*.

2. Copilul mort

Pentru stabilirea vârstei unui făt născut viu, dar mort imediat după naştere, ne folosim, în afară de indicaţiunile de mai sus în ce priveşte habitus-ul exterior, de măsurătorile scheletului şi de examinarea viscerelor (*vezi, mai departe, cap. „Pruncuciderea", vol. II*).

IV. Diferenţierea între fătul născut mort şi fătul mort după naştere

1. Născut mort

Distingem două cazuri medico-legale: 1) *moartea datează, de vreme mai mult sau mai puţin îndelungată, încă din uter;* 2) *moartea survenită în timpul facerii.*

a) **Fătul mort în uter.** — Caracteristica unui astfel de făt de cel puţin 6 luni (vârsta legală minimă ce ne interesează, când e vorba de aplicarea dispoziţiunilor codului civil, în ce priveşte filiațiunea și capacitatea de a primi donațiuni și de a moșteni) e starea de *macerațiune*, care începe după a 5-a lună a vârstei fetale. *(Pentru diagnosticul macerației, vezi mai departe: cap. „Pruncuciderea", vol. II).*

b) **Fătul mort în timpul facerii.** — Moartea poate fi datorită: 1) asfixiei intra-uterine; 2) comprimării capului; 3) unei hemoragii ombilicale; 4) hemoragiei placentare *(Pentru studiul fiecăreia din aceste cauze, vezi mai departe: cap. „Pruncuciderea" vol. II).*

2. Moartea naturală după naștere

In prealabil ținem să stabilim că e capabil de a trăi după naștere și fătul nematur (de 180 zile), chiar dacă a fost scos prin practicarea cesarianei, atâta timp cât n'a existat o boală congenitală sau o leziune datorită intervenției obstetricale, care să fi constituit o piedecă la stabilirea respirației.

Deasemenea poate fi viu copilul *produs al unei nașteri postume,* adică spontan expulzat din uter, după moartea mamei. In această privință avem observația clasică a lui *Pinard:* O femee, care se găsea in ultima lună a gestațiunii și în perioada facerii — capul copilului fiind de acum în vulvă — moare. Fătul s'a născut viu. Explicația: îndată după stabilirea procesului putrefacției, gazele abdominale, prin presiunea exercitată asupra uterului, concură la expulzarea fătului.

⁂

Cauzele morții naturale, după naștere, pot fi: 1) *o boală preexistentă;* 2) *fracturi ale craniului din timpul sarcinii;* 3) *vicii de conformațiune;* 4) *leziuni suferite în timpul facerii;* 5) *leziuni suferite după naștere;* 6) *asfixia accidentală după naștere;* 7) *ruperea cordonului;* 8) *expulzarea simultană a fătului și a anexelor, expulzarea în bloc a oului.* (Pentru desvoltarea fiecăreia din aceste cauze, vezi mai departe: cap. *„Pruncuciderea"*, vol. II).

B. Viabilitatea

La noi, chestiunea viabilității nu poate fi pusă expertului, pentrucă ea nu figurează în codul civil. Lacună ce, însă, nu poate fi interpretată ca o scăpare din vedere, dat fiindcă ne aflăm în prezența unei omisiuni voite, autorii legislației noastre civile eliminând cu tot dinadinsul, din traducerea textului corespunzător al codului Napoleon, condițiunea viabilității noului născut. Legiuitorul nostru pare a se fi inspirat pe deoparte de vechile noastre legiuiri

(Codul Caragea şi Codul Calimach), iar pe de alta din teoria doctrinară a lui *Savigny, Wangerow, Mühlenbruch,* după care nici dreptul roman nu punea o atare condiţie (interpretare care, împotriva documentării contrare a lui *Windscheit, Puchta, Goeschen,* a triumfat şi în codul german: *„Die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt"* — copilul născut la termen fiind privit ca născut viu). Iar Alexandresco, în stricta interpretare a legiuirii în fiinţă, proclamă şi el că «pruncul care se naşte viu, adică a *respirat cât de puţin,* este o persoană în puterea cuvântului, chiar dacă ar fi o fiinţă diformă, de exemplu un monstru. Orice fiinţă omenească născută vie, chiar dacă nu are aptitudinea necesară spre a putea trăi, este o persoană în sensul juridic al cuvântului: «*Jeder Mensch* (şi am văzut că, prin *Mensch,* legiuirea germană înţelege pe oricine se naşte viu — N. A.) *ist rechtsfähig* (Codul saxon); *„Kein Mensch ist rechtslos* (Codul Cantonului Zürich): *„Jedermann ist unter den von den Gesetzen vorgeschriebenen Bedingungen fähig Rechte zu erwerben»* (Codul austriac). — Doctrină conformă şi cu jurisprudenţa noastră: «*Pentru a succede este destul ca copilul să se nască viu,* **fără a fi nevoie a se cerceta timpul cât a trăit în urmă, căci legiuitorul nu pune nici o limită».** *(Curtea de Apel din Bucureşti, 19 Septembrie 1892).*

Omisiunea viabilităţii, am spus-o, e voită; fie-ne însă îngăduit de a nu o socoti şi chibzuită. Şi lipsa noastră de entuziasm pentru această derogare dela codul francez, care a servit de model legiuitorului român, pare a fi împărtăşită şi de marele comentator al dreptului nostru civil, deoarece Alexandresco — cu o nuanţă de ironie caustică —trage concluzia că «persoană în puterea cuvântului e chiar un monstru», relativ la care, în altă parte, observă că şi după canoane nu poate fi botezat. Noi credem că suprimarea condiţiunii «vitae habilis» e o greşeală, pentrucă dacă, din consideraţiunea necesităţii de a nu se zgudui prea des temeliile societăţii organizate, prin intentare de acţiune în divorţ pe chestia neviabilităţii (copilul născut înainte de 180 zile), admitem ocolirea chestiunii vitalităţii, nu putem însă subscrie la o violentare a legilor biologice, atunci când copilul neviabil e declarat apt de a moşteni şi de a lăsa moştenire, sau când, prin simplul fapt al existenţei lui efemere (codul nostru consideră ca manifestare a vieţii o simplă mişcare respiratorie), anulează o adopţiune, chit ca, după moartea lui timpurie, părinţii să facă noui formalităţi pentru aceeaş adopţiune odată declarată validă. („Dacă însă copilul s'a născut viu, adopţiunea va fi invalidată, chiar dacă acest copil nu era viabil». — Comentarii ale lui Alexandresco la art. 309 c. c.).

Condiţia viabilităţii e pusă şi de dreptul roman — cu toată interpretarea contrarie mai sus pomenită —, pentrucă numai aceasta poate fi tălmăcirea principiului: *«Idem est non nasci et non posse vivere»*. Cu alte cuvinte: e asimilat cu un copil care nu s'a născut (născut mort, persoană inexistentă) pruncul care nu poate trăi, adică, după definiţia lui Tardieu «nu prezintă o desvoltare generală, o conformaţie şi o stare de sănătate, cari să nu fie incompatibile cu continuarea definitivă a vieţii». Şi nu e viabil, pentrucă «fie că i-a lipsit o parte însemnată din perioada gestaţiunii, fie că natura nu l-a înzestrat, la nici o epocă a sarcinii, cu forţa necesară pentru a trăi; fie, însfârşit, că, depărtându-se şi mai mult dela căile ei ordinare, natura i-ar fi refuzat formele omeneşti cele mai esenţiale» *(Duranton)*. Concepţie de *perfecte natus* pe care o găsim adoptată de codurile francez şi italian, iar codul spaniol, nu atât de categoric, fixează totuş condiţiuni minime pentru acordarea personalităţii civile: *copilul trebuie să aibă la naştere chip de om şi să fi trăit cel puţin 24 ore.*

Şi, biologiceşte, un copil mai mic de 196—200 zile, chiar perfect conformat, nu poate fi considerat ca viabil, dacă nu există posibilitatea de a'i întreţine viaţa, fie pe calea hrănirii forţate, fie cu ajutorul cuveusei. Pentrucă trebuie să recunoaştem — datele statistice ale lui Laferrière ne-o arată cu o elocvenţă impresionantă — cuveusa face adevărate minuni:

Supravieţuirea copiilor precoci:

	6 luni	6½ luni	7 luni	7½ luni	8 luni
Fără cuveusă	0%	21,5%	39%	54%	78%
Cu cuveusă	30%	53%	60%	78%	85,9%

Semnele caracteristice viabilităţii fireşti la vârsta minimă: dispariţia membranei pupilare sau persistenţa numai a unor resturi ale ei.

Vitalitatea, neajutată artificial, a copiilor de 196—200 zile: durata vieţii e în genere de maximum 15 zile. Sunt şi excepţii: 4 luni şi 8 zile *(Annan)*; un an *(Rüttel)*; 11 ani *(Thoinot)*; 17 ani *(Belloc)*; vârsta adultă *(Capuron)*.

C. Viciile de conformaţie. — Monştrii

De chestiunea medico-legală a vieţii şi viabilităţii noului născut se leagă, în chip natural şi logic, aceea a caracterizării monstruozităţilor (viciile de conformaţie şi monştrii propriu zişi). Fireşte, menţinându-ne în domeniul interpretării ştiinţifice, nu vom pomeni decât cu titlu de curiozitate născocirile celor vechi: o femee a născut succesiv un elefant, un şarpe, o pisică, un câine

(Pliniu cel Bătrân); sau mitul cu femeia din Sagont care, în anul 219 a Chr., a născut un elefant atât de desvoltat, că animalul, speriat de zgomotul bătăliei (asediul orașului de către Anibal) s'a grăbit să se refugieze îndărăt în sânul mamei lui...

Ceeace prezintă interes pentru medicina legală, e de a se ști dacă monstrul sau copilul atins de un viciu de conformație se poate naște viu și poate fi viabil, și dacă, în caz de monstruozitate dublă viabilă, produsul nașterii trebuie considerat ca unul sau ca doi indivizi.

Există o bogată literatură teratologică în care, în afară de caracterizare, găsim și o explicație mai mult sau mai puțin ingenioasă a monstruozităților. Suntem astăzi departe de teoria lui Ambroise Paré, după care „nașterea monștrilor e un semn al mâniei lui Dumnezeu, o manifestare a influenței constelației gemenilor sau a apariției cometelor în timpul concepțiunii“, sau de părerea după care „monștrii sunt un produs al raporturilor sexuale în timpul menstruației“, — fără să mai vorbim de credința populară, după care „monstrul e produsul unei împerecheri între om și animal“.

I. Etiologia monstruozităților

După școala lui *Geoffroy de Saint-Hilaire*, originea monstruozităților trebuie atribuită unor modificări ale circulației și ale nutriției intra-uterine. *Babeș*, în magistrala-i interpretare a proceselor anatomo-patologice, dă o explicație științifică de o rară tărie de argumentare:

Monstruozitățile pot avea ca origine următoarele cauze: 1) ereditatea și atavismul; 2) compresiunea exercitată asupra embrionului (mai ales când lichidul amniotic e în cantitate insuficientă), fie pe cale de traumatism direct, fie pe aceea a existenței unei tumori uterine; 3) elementele toxo-infecțioase. — Indeosebi pentru desvoltarea unei monstruozități duble prin spintecare, traumatismul trebuie să se producă în primele 3 luni ale gestațiunii; după această perioadă, efectele traumatismului se traduc prin altfel de anomalii congenitale. Omul, explică *Babeș*, se poate naște cu o predispoziție patologică, — predispoziție care, în cele mai multe cazuri, e reprezentată printr'o anomalie organică (d. ex.: ficat sau rinichi atrofiați, deformați, lobulați sau indurați, hipoplasici sau hipogenetici) datorită sifilisului congenital. — Anomalia poate fi uneori ereditară în chiar o lungă serie de descendenți: de exemplu polidactilia ori transmisiunea naevilor materni. Iar obârșia acestei predispoziții trebuie căutată în aberațiunile primei celule (maternă sau paternă) cari provoacă desvoltarea anormală a embrionului. Acest proces patologic, în perioada embrionară, are un caracter sau ereditar sau atavic, și un caracter de diferențiare in ce priveşte sexul fătului (mame sănătoase pot da naştere la fete normale şi la băeţi cu anomalii grave).

Reluând vechea concepţie despre desvoltarea şi perfecţionarea speciilor prin aceea că indivizii, în lupta lor pentru existenţă, înlocuesc organele absente, insuficient desvoltate sau rău formate, prin altele capabile de a-i ajuta in funcţiunile vieţii, *Babeş* o verifică pe monstruozităţile omeneşti (feţi maturi examinaţi):

1. Insuficienţa de desvoltare a bazei craniului (cu absenţa creerului) e compensată prin desvoltarea excesivă a extremităţilor (numai cu câte 4 degete) acoperite cu păr.

2. Din cauza aderenţei membranelor fetale de baza craniului, faţa nu s'a desvoltat, palmele lipsesc, labele picioarelor sunt spintecate; aderenţe intre degetele membrelor (ca la perisodactili sau didactili); in plus, prezenţa unei adevărate cozi.

3. In urma unei scleroze parţiale a bazei craniului, absenţa feţei e compensată prin excesiva desvoltare a membrelor (tipul maimuţelor antropoide cu câte 6 degete).

4. Retracţiunea regiunii anterioare a bazei craniului cu ciclopie: compensaţia: câte 6 degete reduse la muguri mici rotunzi, cu unghiile abea pronunţate; partea anterioară a sfenoidului prezintă o spintecătură cu direcţiunea înainte, sub forma unui cioc de pasăre, în care se prelungeşte o parte a creerului.

5. Scurtimea extraordinară a membrelor. — mărimea extraordinară a capului.

II. Clasificarea monstruozităţilor

Babeş deosebeşte trei clase de monstruozităţi caracterizate prin: 1) o lipsă parţială în desvoltarea fătului (*monstruozităţile prin defect*); 2) confuzia în planul de desvoltare a diverselor organe (*per fabricam alienam*); 3) desvoltarea excesivă totală sau parţială a organismului; duplicitatea sau chiar triplicitatea (*prin esces*).

A. Monstruozităţile prin defect

Oprirea generală a desvoltării sau lipseşte ceva în desvoltarea fătului. — lipsă datorită unui traumatism sau unei piedici la desvoltare (presiune sau substanţă toxică). In seria filogenetică — observă *Babeş* — desvoltarea slabă a extremităţilor poate da naştere la o desvoltare mai mare a capului şi a creerului; din contră stingherirea desvoltării creerului şi a feţei va putea fi compensată printr'o desvoltare excesivă a picioarelor.

a) Intreg organismul. — 1. *Nanosomia*: capul mare, trunchiul mare, extremităţile mici. Uneori oprirea desvoltării e proporţionată şi atunci avem piticul normal.

2. *Dermatocelul congenital:* capul, trunchiul şi membrele insuficient desvoltate şi acoperite cu o piele abundent cutată, aşà că intreg fătul pare infăşurat intr'un sac.

b) Capul. — 1. *Acefalia:* absenţa totală a capului; restul organismului foarte rudimentar.

2. *Cranioschisis:* capul seamănă cu acela al unei broaşte (îndeosebi prin dispoziţia ochilor); absenţa gâtului. In locul creerului absent, nişte ridicături (reprezentând baza craniului) acoperite cu o membrană cu aspectul catifelei roşii.

3. *Emicrania:* frontalul, occipitalul şi parietalele rudimentare; creerul atrofiat (formând uneori hernii prin spintecăturile craniului) sau absent.

4. *Aprosopia* şi *astomia:* absenţa feţei şi a cavităţii bucale. Incompatibile cu viaţa.

5. *Agnatia:* lipsa totală a maxilarului inferior; urechile, cu totul în jos, se ating în regiunea mediană — *sinotie.* — Ca o varietate, avem *microagnatia:* o foarte pronunţată atrofiare numai a maxilarului inferior.

6. *Ciclopia:* un singur nerv optic cu un singur ochiu (contopirea ambilor ochi sau doi ochi într'o singură orbită). Nasul, deasupra liniei mediane, formează un fel de trompă.

7. *Cheiloschisis* = buza de iepure.

8. *Cheilo-gnato-palato-schisis:* nasul şi gura formează o singură cavitate imensă ce se întinde până la ochi şi urechi. In majoritatea cazurilor, *viaţa exclusă.*

9. *Encefalocell* şi *meningocell:* lipse în regiunea fontanelelor, în regiunea etmoidului, pe unde proemină creerul sau meningele. — O varietate: lipse în interiorul creerului, *porencefalia.*

10. *Microcefalia:* sudarea precoce a oaselor craniului şi, consecutiv, oprirea desvoltării massei encefalice. — *Cretinismul* e datorit unei opriri în desvoltarea craniului, consecutivă unei creşteri insuficiente în lungime a bazei acestuia.

11. *Hidrocefalia congenitală* — compatibilă cu viaţa.

c) Coloana vertebrală. — *Spina bifida,* prin care proemină substanţa nervoasă sau numai meningele în mult lichid, producând *hidro-meningocelul* în partea anterioară sau în cea posterioară a coloanei vertebrale. — Uneori, o duplicare a măduvei.

d) Trunchiul. — 1. *Acardiacus,* absenţa inimii; frecvent în naşterile gemelare, al doilea făt fiind normal. (Gemenii se desvoltă ori în două ouă, ori într'un singur ou spintecat; în acest din urmă caz vom avea o singură placentă cu 2 cordoane şi unul din gemeni, insuficient hrănit, va fi acardiac). — *Acardiacul amorf* nu are nici o formă precisă: o massă rotundă ori ovală (ca o tumoare) acoperită cu păr şi care, în interiorul ei, conţine părţi osoase, câteodată cartilagii şi muşchi.

2. *Ectopia cardiacă,* absenţa pielei în regiunea toracică şi spintecarea sternului *(toracoschisis),* prin care proemină *inima.* — Rar compatibilă cu viaţa.

3. *Ectopia stomacului şi a intestinelor* — proeminarea acestor organe printr'o *spintecătură în regiunea epigastrică.* Incompatibilă cu viaţa.

4. *Hernia ombilicală congenitală,* datorită neînchiderii cordonului ombilical. Incompatibilă cu viaţa.

5. *Ectopia vesicei urinare:* o pierdere de substanţă a pielei în regiunea spintecată a simfizei.

6. *Inversiunea vesicei:* din cauza absenţei simfizei, spintecătura se prelungeşte şi pe partea anterioară a vesicei.

7. *Atrezia anusului:* prezenţa unei membrane obturatoare de o grosime variabilă.

8. *Absenţa ficatului, a splinei, a unui plămân.* Incompatibile cu viaţa.

9. *Lipsa unuia din rinichi* ori *fuziunea celor doi rinichi,* constituind un

rinichiu unic, mare, în formă de potcoavă, cu concavitatea în sus. Compatibilă cu vieața.

10. *Acormus:* cap și creer rudimentare; absența totală a trunchiului: imediat sub regiunea gâtului (de care e prins cordonul ombilical) se observă numai niște prelungiri, adevărate zdrențe organice.

e) **Membrele.** — Amputațiunea extremităților se produce într'un timp mai înaintat al sarcinii, prin fire amniotice, sau printr'o ansă a amniosului.

1. *Analia,* absența totală a membrelor. — 2. *Peronel,* atrofia tuturor extremităților. — 3. *Micromel;* extremitățile bine desvoltate dar foarte mici. — 4. *Abrachus:* lipsa ambelor brațe. — 5. *Monobrachus, lipsa unui singur braț.* — 6. *Apodia:* lipsa ambelor picioare. — 7. *Monopos:* lipsa unui picior. — 8. *Adactilia* (absența totală a degetelor); *oligodactilia* (lipsa parțială a degetelor); *sindactilia* (lipirea degetelor). — 9. *Agenezia:* absența membrului superior. — 10. *Focomela, sirena* sau *simpus:* prin lipirea membrelor inferioare, partea inferioară a corpului seamănă cu aceea a focei. — Varietăți: *simpus monometus* — la extremitatea membrelor inferioare fuzionate, e o singură labă de picior; *simpus dipus* — 2 labe la extremitatea membrelor inferioare fuzionate; *simpus apus* — absența labei piciorului și prezența numai a unui singur sau a două degete. — 11. *Atitudinile vicioase ale membrelor inferioare.* — 12. Piciorul *valgus,* dacă e mai pronunțat, poate fi considerat ca o desvoltare incompletă din perioada embrionară.

B. Monstruozitățile „per fabricam alienam"

1. *Transpoziția cordului.* — 2. *Situs inversus:* inversarea tuturor organelor, așezate astfel cum s'ar vedea pe imaginea în oglindă *(această anomalie nu cauzează nici o turburare funcțională diverselor aparate, după cum o dovedește cazul descris de Minovici și Jupara, cu un individ care a trăit 33 ani).* — 3. *Hermafrodismul.*

C. Monstruozitățile prin exces

Deosebim: 1) desvoltarea generală excesivă; 2) vicii de conformație; 3) dedublări parțiale sau totale.

a) **Desvoltarea generală excesivă.** — *Gigantismul:* scheletul și sistemul muscular extraordinar hipertrofiate.

b) **Vicii de conformație.** — 1. *Acromegalia:* creșterea excesivă a nasului, a maxilarului inferior, a mâinilor, picioarelor (totdeauna cu vegetațiuni osoase pe scheletul acestor regiuni). Putem avea mărirea de volum a capului *(macrocefalia),* a limbii *(macroglosia),* a urechilor *(macrotia),* a degetelor *(macrodactilia).*

2. Uneori notăm o *desvoltare excesivă a pielei, a țesutului conjunctiv, a oaselor, a părului.*

3. *Polidactilia:* degete supranumerare; *sindicatilia:* lipirea degetelor.

4. *Polimastia:* desvoltarea mai multor glande mamare (4—5 glande) prin axile, pe părțile laterale ale toracelui și ale abdomenului, în regiunea inguinală și mai rar pe spate. — *Hipermastia:* creșterea excesivă a glandelor mamare la un bărbat care, în restul organismului, nu prezintă nici o altă particularitate a tipului femenin.

5. *Dedublarea organelor genitale externe* se explică prin absența unirii germenilor genitali din dreapta și din stânga, pe linia mediană.

6. *Vertebre supranumerare — monștrii cu coadă* (un număr mai mare de

vertebre sacrale; la unii coada e formată numai din piele, ţesut conjunctiv şi grăsime).

7. *Coaste supranumerare.* — *Muşchi supranumerari.*

8. *Spline, rinichi, capsule suprarenale, pancreasuri accesorii.* — Formaţiuni de *lobi accesorii în corpul tiroid, plămâni şi ficat.*

9. *Papiraceul.* — In gestaţiunile gemerale, cu o singură placentă, se întâmplă ca unul din embrioni să se oprească din desvoltarea normală, pentru a se anemia şi atrofia, luând un aspect de hârtie. — In alte gestaţiuni, găsim 2 *embrioni legaţi printr'un singur ombilic.*

c) Dedublări parţiale. — 1. *Diprosopie:* fătul cu 2 feţe. Varietăţi: *a) dioftalmos*, numai cu 2 ochi; *b) trioftalmos*, cu 3 ochi (frunte comună, ochiul din mijloc are 2 pupile: c) *tetraoftalmos*, cu 4 ochi, cu 2 nasuri şi două guri. (Babeş a studiat conformaţia unui *diprosopus tetraoftalmos cu pes varus*).

2. *Dicefalus:* un corp cu 2 capete. — Varietăţi: a) *dicefalus dibrachus* (2 capete şi 2 mâini); *b) dicefalus tribrachus* (2 capete şi 3 braţe); *c) dicefalus tetrabrachus* (2 capete şi 4 braţe). Dicefalul Ritta-Christina (mort în 1829) a trăit 8 luni şi jumătate.

D. Monştrii dubli

Rezultaţi din împreunarea a doi embrioni. Fuziunea e de regulă limitată numai la o regiune:

a) *Intr'un punct al toracelui:* 1) monstrul dublu feminin, surorile hinduse *Rodica* şi *Dodica*, separate, în 1902, prin secţionarea benzii fibro-cutanate care constituia legătura; 2) fraţii siamezi *Cheng* şi *Heng* (născuţi în 1811 şi morţi în 1874) cari n'au consimţit la intervenţia chirurgicală pentru despărţirea lor şi cari s'au însurat cu două surori, lăsând o posteritate de 22 copii bine constituiţi.

b) *Intr'o porţiune comună a scheletului coloanei vertebrale, cu independenţa relativă a basinelor:* cazul monstrului dublu feminin *Millie-Christine*, — monstru compozit studiat de *Tardieu* şi *Broca* în 1874.

c) *In regiunea capului (cefalopagus* sau *craniopagus):* doi feţi legaţi numai prin creştetul capului. Corpurile nu sunt totdeauna dispuse simetric, deşi pe aceeaşi linie: faţa ventrală a unuia poate corespunde cu faţa dorsală a celuilalt. Cele două cranii formează o cavitate unică, dar cele două creere sunt distincte. Dintre cazurile verificate: 1) cefalopagul prezentat în 1703 Academiei de Ştiinţe din Paris; 2) cefalopagul semnalat de *Albrecht* (1734); 3) monstrul citat de *Villeneuve* (1829); 4) cefalopagul dela Versailles (1869).

Dintre specimenele de monştrii dubli, cele mai bine studiate sunt:

1. *Piopagus:* 2 corpuri cari n'au comune decât regiunile lombară şi sacrală.

2. *Ischiopagus:* 2 braţe, un basin comun şi 3 sau 4 picioare.

3. *Ianiceps* sau *sincefalus:* doi feţi cu un cap şi un trunchiu comune: capul are 2 feţe (una la dreapta şi alta la stânga; deobiceiu numai una din feţe e bine desvoltată).

4. *Dipagus:* un singur cap, 2 trunchiuri şi 4 extremităţi inferioare.

5. *Craniopagus* sau *cefalopagus*.

6. *Prosopotoracopagus:* cranii deosebite; maxilarele inferioare, gâtul şi toracele contopite; 4 extremităţi inferioare.

7. *Toracopagus:* 2 feţi aderenţi prin torace; uneori perfect de bine desvoltaţi; deşi la unii din aceşti monştri nu există decât o legătură subţire, totuş această parte de contact conţine peritoniu, părţi din ficat, vase mari.

8. *Rachiopagus:* 2 feţi aderenţi într'o regiune a coloanei vertebrale.

E. **Monştrii paraziţi**

O dedublare, în care unul din feţi, insuficient desvoltat, formează numai un apendice al celuilalt.

1. *Un monstru cu 3 picioare:* doi embrioni legaţi în regiunea basinului şi restul unuia din ei a rămas în urmă cu desvoltarea şi nu prezintă decât un picior. — *O varietate:* nu numai un picior supranumerar, ci apendicele e format dintr'un cap sau din două extremităţi (braţe sau picioare).

2. *Epignatus:* embrionul nedesvoltat e prins de baza craniului fătului normal şi iese prin gura acestuia. Prin inserţiunea lui pe cerul gurii fătului principal, parazitul poate împiedeca respiraţia şi să suprime funcţiunea vieţii.

3. *Engastrius*, embrion parazitar in interiorul abdomenului (un cap şi mâini rudimentare, sau o massă de forma unei tumori).

F. **Monştrii tripli**

Trei gemeni complect desvoltaţi; uneori cu o singură membrană amniotică; alte ori, fiecare cu amniosul şi chorionul său separat. Indeobşte, unul sau doi dintre gemeni sunt insuficient desvoltaţi. *Babeş*, descrie un caz de facere gemelară triplă, *în care fiecare făt e acefal.*

III. Teratomele

Aceste tumori congenitale, a căror origine e o turburare în desvoltarea embrionului, formează, precum am spus, tranziţia între tumoarea propriu zisă şi monştri.

1. *Klebs* distinge două forme de teratome: *exogene* şi *endogene* (după cum se găsesc în exteriorul sau în interiorul fătului).

2. Unele teratome sunt *histoide:* formate din ţesuturile derivate din mesenchim.

3. *Teratomele organoide:* structură complicată; aspect de organ.

4. *Teratomul cu forma fetală:* conţine mai multe organe aparţinând unui făt incomplect.

5. *Kiste dermoide.* — In regiunea ovarelor şi în aceea a testiculelor se formează nişte simple kiste, în interiorul cărora găsim uneori un os aducând cu un maxiliar, alteori, dinţi, ochi, osişoare, cartilaje, păr — o adevărată *incluzie fetală.*

In ce priveşte starea civilă a monştrilor, *Debierre* şi *Lacassagne* sugerează o modificare a dispoziţiunilor privitoare la actele de stare civilă şi anume: un monstru cu două trunchiuri, dar cu un cap, să fie înscris în registru ca un singur individ; un monstru cu 2 capete şi un singur trunchiu, să fie privit ca doi indivizi.

CAP. III

SEXUL — HERMAFRODISMUL

„Quaeritur hermafroditum cui comparamus? et magis puto ejus sexus aestimandum, qui in eo praevalet".

(DIGESTE)

Atât vechea dispoziţiune (art. 43 c. c.) cât şi cea nouă (art. 58 din „Legea privitoare la actele stării civile" din 21 Februarie 1928) impun în momentul declarării naşterii şi obligaţia indicării sexului noului născut, însă sunt mute asupra eventualităţii unui sex insuficient caracterizat. După cum copilul trebueşte declarat născut viu sau născut mort — şi am văzut câte neajunsuri pot izvorî din indicaţiunea pripită: „născut mort" —, tot aşa pruncul e înscris neapărat cu menţiunea: „de sex masculin" ori „de sex femenin". Şi cum nici articolele abrogate din codul civil (84—86) nici noua lege a actelor de stare civilă nu îngăduie o rectificare ulterioară a greşitei calificări în privinţa sexului individului, urmează că, legalmente — deşi cu preţul unei oarbe nesocotiri a abaterilor riguros verificate dela legile biologice — indicaţiunea din clipa naşterii are puterea unei peceţi indelebile, pe care nu-i mai este iertat puberului ori adultului s'o şteargă, spre a o înlocui cu alta conformă cu *realitatea* de mai târziu. Şi această monstruozitate legală de a se atribui persoanei, cu capacitatea civilă recunoscută încă din clipa zămislirii, un caracter fiziologic pe care nu-l are într'o perioadă mai mult sau mai puţin înaintată a vieţii post-uterine (ce ironie: te face om când nu eşti decât un glămătuc embrionar, ca mai apoi, când cu adevărat eşti om, să te facă neom!), — această aberaţiune legală, zicem, a primit consfiinţirea unor solemne hotăriri judecătoreşti: „Nu se poate rectifica un act de naştere, *când se tinde a se schimba chiar sexul*, căci prin aceasta se schimbă însăş substanţa intrinsecă a actului". *(Trib. Fălciu,* 1897). Iar articolul 40 din legea din 1928 precizează că rectificarea actelor de stare civilă nu va putea fi cerută, dacă rectificarea *„are de urmare schimbarea statutului civil"*.

Fig. 1. — *Pseudo-hermafroditul feminin B. G.*, internat într'un spital din Bucureşti ca femee şi surprins de personalul de supraveghiare, pe când avea raporturi sexuale cu o bolnavă din acelaş spital.

Aşa dar, dacă pruncul hermafrodit a fost declarat băiat sau fată, ca băiat sau fată e osândit să trăiască până la moarte, chiar dacă în momentul pubertăţii sau mai târziu s'au accentuat în chip neîndoios caracterele specifice ale unuia din cele două sexe. Şi câtă prevedere inţeleaptă, izvorâtă din cunoaşterea adâncă a naturii capricioase, se oglindeşte în preceptul vechiului drept roman, pe care l-am adoptat ca *motto* al acestui capitol: Care va fi statutul civil al hermafroditului? „....*Magis puto ejus sexus aestimandum, qui in eo praevalet*". Şi, consecvent acestui principiu, Digestele recunoşteau hermafroditului „dacă este mai mult bărbat decât femee" dreptul de a institui moştenitor un copil.

Cu uimire constatăm că, din codul civil german modificat în 1900, a dispărut dispoziţia după care „la vârsta de 18 ani împliniţi, hermafroditul are dreptul să-şi aleagă sexul: după aaceastă alegere (eventual coroborată cu concluziile unei expertize medicale) îi sunt fixate drepturile pe viitor". Expunerea de motive a modificării justifică această suprimare prin posibilitatea (?!) ce o are medicul de a fixa la naştere sexul copilului. Dar cum să facă această constatare când, după cum se va vedea din exemplele spicuite din literatura

Fig. 2. — *Pseudo-hermafroditul B. G.* aspectul genitalelor externe examinate şi fotografiate la Institutul Medico-Legal din Bucureşti.

hermafroditismului, diferenţiarea sexului precumpănitor se izbeşte de multe ori de greutăţi insurmontabile, chiar după declararea pubertăţii! Aşa, *Steinmann* citează cazul unui băiat care, la 16 ani, avea deacum al 3-lea statut civil, in ce priveşte sexul: 1) la naştere a fost considerat *fată*, cu numele de Theresia; 2) la 10 ani, *in urma unui examen medical*, a fost recunoscut *băiat;* 3) la 16 ani, e examinat de Steinmann care-l constată *fată* (habitus exterior femenin, menstruaţie regulată, pe vulvă nu se decelează prezenţa unor testicule, chiar atrofiate).

In observaţia lui Steinmann notăm două erori succesive şi făcute la interval de 10 ani, de doi medici (primul care a moşit copilul; al doilea, care l-a cercetat la vârsta de 10 ani). Dar sunt inregistrate cazuri când comisiuni medicale s'au înşelat, individul rămânând fără sex determinat. Concludent e cazul hermafroditului Marie Dorothée Derrier, care ulterior a luat numele de Charles Doerge: 1) *Huffeland* şi *Mursinna* îl proclamă fată; 2) *Starke* şi *Merten*, dimpotrivă, atestează că e băiat; 3) *Metzger* şi *Weissenbach* dau o soluţie tangenţială: *nu aparţine nici unui sex*.

Rigiditatea aceasta a legii, de a nu admite rectificarea sexului, are urmări dezastroase pentru societate, a cărei structură morală şi legală e chemat s'o garanteze codul civil şi s'o apere, prin asprimea sancţiunilor, codul penal, — urmări pe cari le putem defini prin: 1) *educaţia nefirească a copilului* cu corolarul poziţiei sociale false pentru individ; 2) *exibiţiuni scandaloase* (cazul, raportat de *Home*, al unei femei care, în schimbul unei taxe, prezenta publicului drept penis o procidenţă de câţiva centimetri a colului uterului); 3) *căsătoria anti-naturală*, cu corolarul imensului prejudiciu moral şi material pricinuit bărbatului sau femeii, după declararea nulităţii căsătoriei, pentru constatarea „eroarei asupra persoanei fizice" (art. 162 şi 163 c. c.); 4) *acţiunea de contestare a valabilităţii căsătoriei* (cu corolarul contestării stipulaţiunilor contractului de căsătorie), când cei interesaţi constată, după moartea unuia din soţi, eroare de sex; 5) *caducitatea dispoziţiunilor testamentare şi a actelor de liberalitate pe cale de donaţiuni între vii* (când se stipulează că ele sunt făcute în favoarea unui individ — copil numai conceput ori născut, puber sau adult — de sex determinat; 6) *contestarea recunoaşterei unui copil natural*, dovedindu-se că pseudo-bărbatul era de fapt femee şi deci incapabil de a procrea; 7) *inexistenţa seducerii* (pentru care codul civil face excepţia sub raportul cercetării paternităţii); 8) *actele de desperare* (cazurile de sinucidere citate de *Tardieu*, *Chesnet* şi alţii) ale hermafroditului care, căsătorit, îşi vede risipit visul de dragoste, dela chiar primul contact nupţial, sau sinuciderea femeii care rămâne nemângâiată de a nu putea trăi maritalmente cu alesul inimii; 9) *gravele urmări ale intervenţiilor chirurgicale*, bazate pe diagnosticul eronat al sexului hermafroditului; 10) *eroarea în ce privește îndatorirea serviciului militar.*

1. O statistică a lui *Neugebauer:* din 49 căsătorii, *46 au fost contractate între bărbați* adică 46 pretinse femei de fapt bărbați (pseudo-hermafrodiți cu aparență feminină), iar 3 *între femei*, adică 3 pretinși bărbați erau de fapt femei (pseudo-hermafrodiți cu înfățișare masculină).

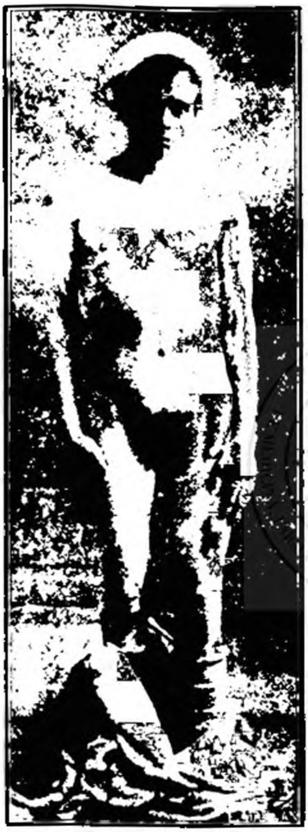


Fig. 3. — *Pseudo-hermafroditul feminin A. I.*, examinat și fotografiat la Institutul Medico-Legal din București.

2. Anne Grandjean, femee cu înfățișare masculină, se căsătorește (in 1764, la Grenoble) ca bărbat; denunțată, e expusă la stâlpul infamiei, cu o tăbliță purtând inscripția: „Profanator al tainei căsătoriei".

3. *Neugebauer* examinează o fată de 21 ani care, însoțită de tatăl logodnicului ei, venise să-i ceară, să-i scoată „ceeace o jena" la buzele mari. Și medicul constată că lucrul care o jena era... un penis hypospad. Deci bărbat cu o prefectă înfățișare femenină.

4. *Magnan* și *Pozzi* (în comunicarea făcută in 1911, la Academia de Medicină din Paris) expun cazul unui hermafrodit căsătorit ca bărbat și pe care Pozzi l-a operat de... un sarcom al *ovarului* stâng.

5. *Pozzi* a identificat pe un bărbat hypospad, care dela 18—20 ani avusese amante, iar „la 30 ani devenise *amanta* unui bărbat, pe care-l iubea foarte mult, dar pe care, la intervale, îl înșela cu... femei".

6. *Polaillon, Guermonprez, Neugebauer* și *Hofmann* au identificat sexul masculin a numeroase prostituate.

7. Rosina Götlich, bărbat hypospad, făcea când pe prostituata femenină, când pe cea masculină *(Hofmann)*. — Hohmann (și Katharina și Karl) — bărbat hypospad, cu întreaga conformație anatomică masculină, cu excepția sânilor de femee — a practicat până la 38 ani prostituția ca femee, cu deosebitul element de atracție pentru detracați că era înzestrat cu o barbă abundentă; apoi, a plecat la New-York unde, după ce avu raporturi sexuale cu femei, se însură și deveni tatăl legitim al unei fetițe. Cazul acesta, care pe vremuri a făcut senzație, a fost obiectul unui interesant studiu, bazat pe observațiile lui *Virchow, Rokitanski, Schulze* și *Billroth*. — Iată două tipuri, atât de caracterizate de Ambroise Paré: *„la lubricité des douteux qui paillardaient de l'un et l'autre sexes"*.

8. O „fată" de 27 ani, elevă a Școalei de Bele-Arte, se îndrăgostește de una din colegele ei și cere o rectificare a stării civile, spre a se putea căsători. Examinată, se confirmă că e bărbat *(Haberda)*.

9. O moașă, căsătorită, dată in judecată pentru siluirea lăuzelor ei *(Martini)*.

10. Două prostituate alsaciene, considerate drept femei (una până la 46 şi cealaltă până la 60 ani) erau de fapt hermafrodiţi bărbaţi cari dela naştere fuseseră declaraţi fete *(Tourdes)*.

11. O femee, de 43 ani, măritată, cade dela o înălţime de 4 metri şi efectul uluitor e apariţia a câte unei tumori dureroase în ambele regiuni inguinale: coborîrea testiculelor. De fapt un hypospad penoscrotal care, în timpul celor 18 luni de viaţă conjugală, n'a putut avea măcar o singură dată un adevărat raport sexual cu soţul legitim. Un caz asemănător e relatat de *Paré*: hermafroditul Marie Germain, crescut ca fată, sare, la vârsta pubertăţii, un şanţ şi, în urma acestui efort, au apărut organele genitale virile.

12. Declarat la naştere ca *fată* şi botezat cu numele de Josephina, dela vârsta de 4 ani, pe baza atestării unui medic că e un cryptorchid hermafroditul e considerat ca băiat şi i se schimbă numele în Joseph. La 18 ani începe să-i crească barba, bea, fumează şi, ca fecior de casă, are amantă: de două ori contractează blenoragia. La 25 ani Joseph Marzo vrea să se însoare. In realitate (rezultatul autopsiei ulterior practicată de *Crecchio*) era o femee.

13. *Tardieu* raportează cazul hermafroditului Alexina B.: după apariţia testiculelor, o sentinţă judecătorească i-a restabilit sexul adevărat.

14. Un tânăr American, de 25 ani, se prezintă la vot. E denunţat că nu poate fi bărbat, de vreme ce practică prostituţia feminină. E examinat şi un medic îl declară bărbat; un al doilea, femee. Părerea celui dintâiu prevalează şi hermafroditul votează (la acea epocă femeile din Statele-Unite nu se bucurau încă de exerciţiul drepturilor politice). Câteva zile după aceasta, se află că hermafroditul a avut menstruaţie şi că din nou a avut raporturi sexuale cu diverşi bărbaţi: era femee.

Fig. 4. — *Organele genitale externe ale pseudo-hermafroditului feminin Florica—Florin* examinate şi fotografiate la Institutul Medico-Legal din Bucureşti.

15. *Neugebauer* citează cazul a doi hermafrodiţi căsătoriţi ca femei (căsătorii sterile), al căror sex masculin a fost constatat pentru unul cu ocazia celui de al doilea „măritiş", pentru celalt, cu prilejul celui de al treilea „măritiş".

16. *Mahon*: Marguerite Malaure vine la Paris în 1693, îmbrăcată bărbăteşte şi se afirma, sexualiceşte, când ca bărbat, când ca femee. *Saviard*, care „o" examinează, constată un viciu de conformaţie, pe care-l înlătură printr'o uşoară intervenţie chirurgicală şi „fata" rămâne deabinelea băiat.

17. Declarat la naştere fată, hermafroditul continuă a fi considerat ca femee până la 49 ani, când, îndrăgostindu-se de o fată, se însoară cu ea şi devine succesiv tatăl a doi copii *(Hufeland)*.

18. Intervenţiile chirurgicale ajută şi ele la restabilirea adevăratului sex: la 32 pretinse femei, supuse herniotomiei, s'a găsit testicule în hernie: la 6 pretinşi bărbaţi, s'a găsit în hernie un uter *(Neugebauer)*.

19. Şi noi, oficios sau direct de cei interesaţi sesizaţi, am avut de cercetat numeroase cazuri de hermafrodism. Vom pomeni pe cel mai recent: în 1930 ni se prezintă un tânăr care declară că, până la 15 ani, „a fost fată cu adevărat", iar dela această epocă i-au apărut atributele genitale masculine cu

toată capacitatea lor funcţională. Examenul a confirmat noua stare. Hermafroditul, fără să mai aştepte o îngăduinţă legală de nesperat, s'a îmbrăcat bărbăteşte şi şi-a masculinizat numele: *Florin* din Florica.

Aceste exemple — de fapt numai o infimă parte din totalul cazurilor verificate — justifică incriminarea ce facem legiuitorului din 1928 care nesocoteşte consecinţele faptului de a ignora realitatea sexului nedeterminat până la o anumită răspântie a vieţii individului. (Realitate confirmată de sentinţe în procese răsunătoare: într'un singur an, în 1912, *Ungar* a avut de expertizat 3 hermafrodiţi urmăriţi în penal; un alt caz — un atentat la pudoarea hermafroditului cu aparenţă femenină, săvârşit de propriul părinte al acestuia — a ajuns până la Casaţia austriacă). Argumentarea noastră militează pentru o dispoziţie adiţională la art. 38 din „Legea actelor de stare civilă“, prin care să se proclame dreptul pentru individ sau cei interesaţi de a putea rectifica, la orice epocă a vârstei, menţiunea din actul de naştere, în ce priveşte sexul. Cerem *pentru orice epocă,* pentrucă e dovedit (multe din cazurile mai sus citate o probează), că şi perioada pubertăţii (propusă mai întâiu de *Debierre* şi însuşită de *Lacassagne)* dă de multe ori greş în afirmarea sexului adevărat. Rectificarea să se facă pe baza concluziunilor unei comisiuni de expertiză medico-legală, iar în caz de indeciziune, hermafroditul să aibă latitudinea de a-şi alege sexul, cu pecetea căruia va trebui deacum să moară, *sub poena falsi,* aşa cum glăsuia vechiul cod civil bavarez. Această alegere să fie lăsată şi hermafroditului adevărat, adică individului bisexual. E în interesul moralei, al ordinei publice ca să se preîntâmpine falsificarea, la adăpostul mutismului legii, a vieţii sociale; să se înlăture o cauză de nenorocire, de scandal uneori tragi-comic cum a fost cazul cu călugărul Issoire care, în chilia lui, a născut un copil şi pe care *Bauhin* l-a trecut la nemurire în faimosul vers: „*Mas, mulier, monachus, mundi mirabile monstrum*“. Şi doar e şi nedrept şi o patentă erezie ştiinţifică de a se considera hermafroditul drept un monstru în adevărata accepţiune a termenului, după cum a proclamat-o şi Zacchias: „*Monstra non sunt, nec pro monstris a legibus habentur*“. Paria arbitrar decretat de o legiuire neisprăvită, hermafroditului i se potriveşte maxima în care Montesquieu işi oglindeşte scepticismul: „*Il faut pleurer les hommes à leur naissance, et non pas à leur mort*“.

Rolul expertului

Prin simpla enunţare de mai sus a urmărilor nedeterminării sexului, am şi indicat rolul medicului-legist şi greutatea hotărîtoare a rezultatului expertizei, atât în ce priveşte individul în viaţă, cât şi după moartea lui. In adevăr, necropsia repară adesea eroarea care a dăinuit o vieață întreagă. Și identificarea se face pe baza atât simplă a diferențierii sexuale, după următoarea schemă comparativă:

		Bărbat	Femee
I *Organele externe* (nutrite de ramura externă a arterei hypogastrice).	1. *Tuberculul genital.*	*a)* penisul	*a)* clitorisul
	2. *Șanțul genital*	*b)* partea spongioasă a uretrului	*b)* buzele mici
	3. *Cutele genitale* (închise sau deschise).	c) scrotum	*c)* buzele mari
II. *Organele mijlocii* (nutrite de ramura internă a arterei hypogastrice).		*a)* porțiunea membranoasă a uretrului	*a)* vestibulul
		b) deschizătura utriculului prostatic la nivelul crestei uretrale.	*b)* himenul
		c) colul utriculului.	*c)* vaginul
		d) utriculului prostatic	*d)* uterul
III. *Organele profunde* (nutrite de artera spermatică ori de artera utero-ovarică, provenind direct din aortă).	1. *Partea periferică.*	*a)* hydatidul pediculat al lui Morgagni	*a)* trompa
	2. *Canalul excretor.*	*a)* corpul inominat al lui Giraldès	
		b) canalul deferent	
		c) Capul și corpul epididimului Vasul aberrans	*c)* rudimentar
	3. *Canaliculile.*	*a)* Canaliculile aferente și seminifere	*a)* Organul lui Rosenmüller
	4. *Glandele genitale.*	*a)* Testiculele	*a)* ovarele

In ce privește *prostata* e de observat că și la femei există dispoziția pentru formarea acestei glande (*Sachs*, 1921).

Caracteristicile fiecăreia din aceste părți ale organelor genitale:

A. **La bărbat:** 1. *Penisul* diferă, sub raportul lungimii și al grosimii, după rassa căreia aparține individul: penisul Negrului, de exemplu, e de o lungime isbitoare, chiar în stare de flaciditate; la penisul semitului lipsește prepuțul (poate lipsi și la un individ de altă rasă, în urma unei operațiuni). Penisul poate lipsi cu totul (la castrați). Penis hypospadic (meatul uretral pe fața inferioară a membrului); penis epispadic (meatul pe fața superioară a membrului). Penis spintecat și penis dublu.

2. *Testiculele* pot lipsi cu totul (cryptorchizii și castrații parțiali sau totali) sau să se noteze absența unui singur testicul (monorchizii).

B. **La femee:** 1. Inălțimea *vulvei* diferă după rassă. Vulvă aproape lipită.

2. *Vaginul*, sub raportul adâncimii, variază și el după rassă (la Negrese, profunzimea e de 16 cm., pe când la celelalte rasse, dimensiunea maximă e de 11 cm.).

3. *Clitorisul* e mai mare la Negrese și semite. La unele popoare clitorisul e excizat, pe când la altele (triburile de pe marginea golfului Guineei) se obține lungirea clitorisului cu ajutorul unor mici greutăți atârnate de o sfoară prinsă la baza organului.

4. *Absenţa himenului* (situat dedesubtul uretrei) e o excepţie şi atunci poate fi datorită unei opriri în desvoltare (cazurile citate de *Roze*). Orificiul himenal e în acelaş timp orificiul vaginului. (Himen desvoltat în absenţa vaginului. — observaţia comunicată de *Pozzi*, în 1884, la Academia de Medicină din Paris).

Orice abatere dela dispoziţia şi conformaţia organică naturală constituind o aberaţie sexuală, expertul urmează să-i stabilească gradul şi valoarea din punctul de vedere al funcţiunei fiziologice. Eventualele malformaţiuni *Babeş* le explică prin teoria generală a „rătăcirii unui simplu germene dintr'un organ într'altul, dând naştere la o desvoltare revoluţionară a acestui germene unic împotriva scopului organului". Hermafrodismul, e după marele anatomo-patolog, produsul unei asemenea turburări în desvoltarea organelor genitale, creind fie tipul anomaliei *prin defect*, fie tipul anomaliei *per fabricam alienam*, fie însfârşit, tipul anomaliei *prin exces* (la acelaş individ şi organe masculine şi organe feminine). După cercetările mai noui (*Biedl*, 1922), procese patologice ale glandelor embrionare pot provoca, *abia după naştere* (un cuvânt mai mult în sprijinul tezei noastre în ce priveşte posibilitatea rectificării menţiunii sexuale) o transformare a caracterelor sexuale. *Goldschmidt* (1920) atribue hermafrodismului ca origine formarea unei glande intersexuale; iar, după naştere, individul poate să se afirme fie ca hermafrodit, fie ca invertit.

1. Examenul individului viu

Acest examen are de obiect: 1) anamneza (eventuala ereditate sau atavismul), starea psihică, înclinaţiunea sexuală; 2) înfăţişarea generală, vocea; 3) examenul somatic superficial şi examentul local, adică al regiunii genitale.

In prealabil ţinem să relevăm fragilitatea concluziilor ce se pot trage din examenul unui copil, deoarece această cercetare e forţamente limitată la organele genitale, copilul neprezentând caracterele fizice generale particulare adultului hermafrodit. Chiar atunci când copilul a atins pubertatea, certitudinea nu ne-o poate da nici radiografia, ci numai (în caz de operaţie) laparotomia. In adevăr, îndeobşte, atunci când genitalele externe ale unui *bărbat* sunt insuficient desvoltate, întreg individul are caracterul efeminării: glas mai mult piţigăiat, o predispoziţie la îngrăşare, creşterea excesivă a glandelor mamare (adesea cu secreţiune lactară), basinul mărit. Iar atunci când genitalele externe ale unei *femei* aduc cu acelea ale unui bărbat (în deosebi un clitoris excesiv desvoltat), hermafroditul are vocea îngroşată, sistemul pilos de o caracteristică abundenţă masculină (barbă, mustăţi, păr pe piept), mamele atrofiate, basin mic.

In general s'a observat că, în măsura în care organele externe seamănă mai mult cu cele masculine, în aceiaş măsură genitalele interne şi glandele genitale sunt feminine şi vice-versa.

Aceiaş greutate ca la copii o întâmpinăm la examenul bărbaţilor atinşi de *infantilism* sau *feminism* (Lorain), ori de *embrio-*

nism (Lacassagne şi Etienne Martin). — Stigmatele *infantilismului* — caracteristic unei bruşce stagnări a creşterii în perioada pubertăţii — sunt: statura mică, pipernicită; atrofia penisului şi a testiculelor; în schimb glandele mamare hipertrofiate şi basinul mărit. *Embrionismul* (al cărui reprezentanţi tipici sunt orbii şi surdomuţii congenitali) îşi are obârşia într'o turburare a nutriţiunii din epoca intrauterină şi aplică individului pecetea definitivă a unor aberaţiuni trofice.

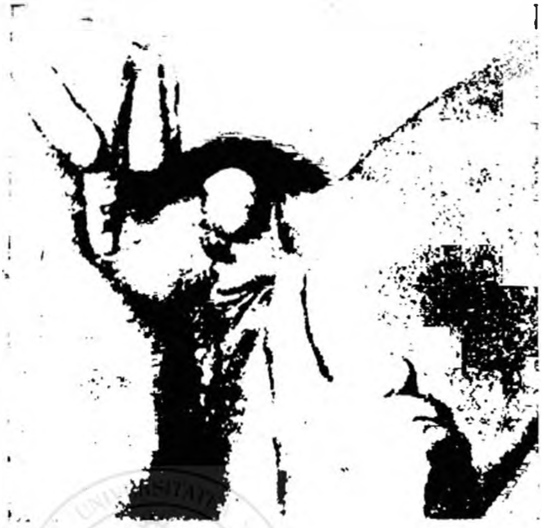


Fig. 5. — *Organele genitale externe ale unui pseudo-hermafrodit masculin*, examinate şi fotografiate la Institutul Médico-Legal din Bucureşti.

I. ANAMNEZA. — *a)* **Ereditatea şi atavismul:** hermafrodism moştenit în linie directă ori prin salt (2 surori hermafrodite. *Tourdes:* 2 gemeni hermafrodiţi, *Nuegele).*

b) **Starea psichică:** depresiune morală (datorită conştiinţei anomaliei fiziologice), inteligenţă greoaie — *hermafrodismul moral* a lui *Casper.*

c) **Inclinaţiunea sexuală** e un indiciu foarte şubred şi, ca atare, susceptibil de numeroase cauze de eroare: 1. *Inversiunea sexuală*, pederastia (activă şi pasivă) şi tribadismul. — 2. *Acelaş hermafrodit are aptitudini pentru coitul masculin şi se pretează la coitul feminin.* (La aceştia coitul feminin e practicat fie în uretrul dilatat, fie în vaginul lor rudimentar. Rosina Göttlich, bărbatul hypospad care figurează printre exemplele noastre şi care făcea şi pe bărbatul şi pe femeea, avea o predilecţie pentru rolul de femee, inclinaţiune pe care *Hofmann* o explică prin insuficienţa spasmului orgasmic, din cauza micimii penisului).—3. *Inclinaţiunea poate fi rezultatul creşterii viciate* (băiat crescut ca fată sau viceversa) şi simţul sexual şi pornirile sexuale nu sunt în funcţiune exclusivă de prezenţa şi desăvârşita desvoltare a respectivelor glande sexuale (exemplul copiilor onanişti la cari, dată fiind impubertatea lor, aceste glande sunt foarte departe de a avea capacitatea de funcţionare fiziologică. — întocmai ca puii de animale cari, deşi incomplect desvoltaţi sub raportul sexualităţii, totuşi fac încercări de coit). Investigaţiile noastre personale ne-au încredinţat că unii dintre castraţii parţiali (la cari penisul e conservat) deşi sunt lipsiţi de testicule, dau dovadă şi de capacitate de coit şi de o adevărată frenezie erotică, iar femeile lor se declară mai mulţumite ca înainte de castrare, deoarece erecţiunea e mai durabilă.

II. ÎNFĂŢIŞAREA GENERALĂ nu poate constitui un criteriu sigur, pentrucă nu orice bărbat e caracterizat prin umeri largi şi o musculatură desvoltată.

Mai e consideraţiunea, bazată pe o constatare de fapt, că, pe măsură ce îmbătrâneşte, femeea capătă o tot mai accentuată înfăţişare masculină.

a) Nici din *prezenţa sau absenţa mamelelor mărite* nu se poate trage o concluzie (ele lipsesc la hermafroditul Marzo, dovedit femee şi în schimb sunt voluminoase la Hohmann, dovedit bărbat). Şi apoi, e frecvent cazul de umflare a glandelor mamare cu secreţiune de lapte (Hexenmilch, lapte de vrăjitoare) la nouii-născuţi de ambele sexe.

b) Tot atât de puţin peremptoriu e argumentul tras din abundenţa sau sărăcia *sistemului pilos*: sunt femei cu barbă şi mustăţi mai mult sau mai puţin abundente, după cum sunt bărbaţi spâni (în genere scopiţii a căror castrare datează dinainte de epoca pubertăţii). Hermafroditul Marie Madeleine Lefort, dovedit femee, avea o barbă lungă de 35 cm. Un alt hermafrodit, la care mustaţa şi barba, respectabile, accentuau întreaga-i alură bărbătească, a fost identificat de *Hofmann* a fi femee. Prezenţa sau absenţa perilor din jurul anusului deasemenea nu constitue un element de convingere, deşi în genere aceşti peri se identifică numai la bărbat.

c) Nici *dimensiunile basinului* (cu toate că Schroeder susţine că basinul n'ar căpăta caracterele feminine decât prin desvoltarea organelor genitale conţinute în basinul mic) nu sunt întotdeauna decisive; şi Josephina Marzo şi hermafroditul identificat de Hofmann, ambii femei, aveau basinul caracteristic masculin.

d) Vocea, în genere mai îngroşată la bărbat şi mai subţire la femee, poate şi ea induce în eroare: Josephina Marzo avea o voce răguşită, net bărbătească. Scopiţii din contra — cu cari trebue asimilaţi hermafrodiţii la cari testiculele sunt atrofiate — au vocea piţigăiată de femee.

III. EXAMENUL REGIUNII GENITALE se face cu individul întâiu în picioare şi apoi culcat.

a) **Conturul suprafeţei păroase a pubisului.** — După *Casper*, la *femee* marginea superioară e o linie orizontală; la *bărbat*, din contră, perii pubieni se urcă până la ombilic. *Schultze*, cel dintâiu, a combătut certitudinea acestui semn, pe baza unor observaţii personale: din 100 femei, 5 aveau părul până la ombilic, iar la examinarea a 120 soldaţi, a găsit numeroase contururi feminine. *Ruggieri* notează, la o femee, păr pe întreg abdomenul, iar *Hofmann*, la o tânără femee oacheşă, o linie păroasă până între sâni. Josephina Marzo avea conturul masculin.

b) **Organele genitale externe.** — In genere, notează *Thoinot*, 90 la 100 dintre hermafrodiţi sunt bărbaţi; prezenţa buzelor mici, considerată de *Klebs* ca un semn neîndoios, nu constitue o dovadă certă, precum prezenţa unei vulve, a unui vagin (natural şi rudimentar, sau artificial, creat prin coit repetat) nu exclude deloc caracterul masculin al hermafroditului. — *Kolisko* (1922), observa că părţile genitale secundare seamănă cu atât mai mult cu acele ale sexului opus, cu cât şi părţile externe se abat dela tipul propriu-zis. — Să trecem la diferenţierea acestor organe:

1. *Clitoris hipertrofiat şi penis atrofiat:* cel mai lung clitoris observat (7 cm.) n'a atins niciodată dimensiunea medie a unui penis normal în stare de flaciditate (8—10 cm.): clitorisul e mai subţire ca penisul şi'i lipsesc glandul, preputul şi frâul. Cateterismul ajută la determinarea direcţiunii canalului şi a naturii lichidului scos de sondă. — Bifurcaţia penisului e consecutivă extrofiei vesicii.

2. *Vagin* şi *scrotum spintecat:* în buzele spintecăturii scrotale (uneori adâncă de 6—8 cm.) se simt două tumori (testiculele), lipsesc buzele mici cari, împreună cu un himen rudimentar, indică sexul femenin. Cu ajutorul sondei, ne încredinţăm, dacă avem aface cu un vagin adevărat (indiferent de lărgimea lui)

comunicând cu un uter, pentru a evita o gravă cauză de eroare. mulţi hermafrodiţi bărbaţi fiind cryptorchizi, s'ar putea confunda tumorile testiculare cu ovare; dimpotrivă, la hermafrodiţi femei ovarele herniate, coborând în buzele mari, pot fi confundate cu testicule atrofiate.

c) Organele genitale mijlocii. — 1. Tuşeul rectal serveşte la identificarea *prostatei*.

2. Tuşeul vaginal sau rectal, injecţiunile ajută la identificarea *uterului*.

***d*) Organele genitale interne.** — 1. Prezenţa *testiculelor* se stabileşte pe cale de *secreţiune*, luându-se însă în prealabil precauţiunea de a verifica dacă, anterior examenului, hermafroditul în chestiune nu s'a pretat unui coit femenin, în care caz urmele de *spermă* ar putea fi dela un alt individ. — *Cauză de eroare*: din absenţa secreţiunii spermatice nu se poate conchide şi la absenţa testiculelor, pentrucă diverse malformaţiuni interne pot zădărnici scurgerea: atrofiarea testiculelor, absenţa, impermeabilitatea sau terminarea în fund de sac a canalelor deferente.

2. *Prezenţa ovarelor* — dacă nu e caz de hernie ovarică — nu poate fi descoperită decât prin menstruaţie. Dar absenţa acesteia din urmă nu constitue o dovadă a sexului contrar, deoarece, ca şi pentru absenţa secreţiunii testiculare, pot exista cauze de împiedecare a menstruaţiei: absenţa sau imperforarea uterului, ori o cauză patologică. — Să notăm însfârşit cazurile raportate de *Schanta* şi *Cecherelli*, cu privire la coexistenţa menstruaţiei şi a lichidului spermatic, la acelaş individ. — Acestea sunt, fireşte, excepţiuni foarte rare. In genere, prezenţa spermei e o indicaţie a sexului masculin, iar prezenţa hemoragiilor sexuale denotă, cu o foarte mare probabilitate, sexul feminin, fără însă a proba şi existenţa ovarelor.

Vom încheia cu observaţia că *identificarea lichidului spermatic şi a sângelui menstrual nu se poate face la copii înainte de vârsta pubertăţii.*

Modele de observaţii

1. **Celebrul hermafrodit** Marie-Madeleine Lefort (mort la vârsta de 65 ani) e examinat la 16 ani. — Prezenţa, la părţile sexuale, a unui corp conoid lung de 27 mm., în stare de flaciditate şi susceptibil de a se lungi puţin în stare de erecţiune. Deasupra acestui corp (clitorisul), un gland imperforat, pe trei sferturi din circonferinţa lui acoperit cu un prepuţ şi găurit în interior de un canal deprimat, la partea inferioară a căruia se vedeau 5 găuri mici. Dedesubtul clitorisului, o crăpătură cu două buze scurte, înguste, subţiri, acoperite cu peri; în intervalul dintre buze, o altă crăpătură foarte superficială. La rădăcina clitorisului, o deschizătură rotunjită. O sondă, introdusă în aceste cavităţi, nu pătrundea în vesică, ci se îndrepta spre anus, paralel cu perineul şi cu ea se atingea fundul membranei groase care împreuna cele două buze vulvare. Sonda, îndreptată înapoi, pătrundea într'un canal scurt, ce părea a fi vaginul, şi era oprită de un obstacol pe care tuşeul rectal îl indica a fi uterul. Nicăeri nu se simţea prezenţa unor testicule. (*Béclard*, 1815).

2. **Copil de 2 ani şi jumătate.** — Aparenţă feminină normală. Buza din dreapta a vulvei (deplasată spre dreapta) e foarte mică în comparaţie cu buza din stânga. Intre buzele desfăcute se văd, în situaţie normală: clitorisul, deschizătura centrală a buzelor mici şi un himen cu 3 orificii, prin care sonda pătrunde într'un canal (vagin). Tuşeul rectal identifică prezenţa uterului şi a anexelor sale. Vesica e enormă, ajunge până la nivelul ombilical. In stânga, lângă vulva feminină, se văd organele genitale masculine, cu un penis perforat. Scrotumul, prin jumătatea lui dreaptă, ţine loc de buză mare stângă.

şi în această buză se percepe existenţa unui mic corp mobil (glandă genitală?) *(Haberda)*.

3. **Hermafrodit de 24 ani.** — Laringe proeminent, voce de tenor. Sâni mari şi tari. Dela 16 ani, creşterea anormală a jumătăţii drepte a scrotumului şi de atunci, la fiece 3—4 săptămâni, era apucat, în această regiune, de dureri mari cu iradiaţiuni sacrale. Dela 22 ani, această criză era însoţită de un flux sanguin periodic, scurgându-se prin uretră şi printr'o fistulă scrotală. De câţiva ani avea raporturi — însoţite de erecţiuni şi ejaculaţiuni — şi cu băeţi şi cu fete. *Organele genitale* externe: penis normal, tare încurbat, cu şanţ la extremitatea inferioară, prins între două bureleuri scrotale, jumătatea dreaptă a scrotumului spintecat, cu un testicul în partea inferioară, avea mărimea unui cap fetal, pe când jumătatea din stânga era normală şi în ea se simţea prezenţa unui corp asemănător testiculului cu epididimul lui.—*Billroth,* care a practicat intervenţia chirurgicală, a găsit în bureleul scrotal drept un uter, o trompă şi un ovar kistic (*Klotz,* 1879).

2. Examenul cadavrului

Examenul exterior se face la fel ca pentru individul viu.

Necropsia permite o cercetare mai sigură în ce priveşte organele genitale medii şi interne.

a) **Testiculele**, în primii ani ai vieţii hermafroditului, pot fi prinse la nivelul inelelor, iar la pubertate se lasă în jos pe canalul inguinal. Uneori, testiculele atrofiate înţepenesc în basin, între beşică şi rect. Să se evite o identificare greşită a testiculelor: ovare alunecate prin canalul inguinal, ganglioni limfatici, saci herniari şi chiar ligamentul rotund atunci când se termină printr'o umflătură.

b) **Buzele mici** nu se găsesc niciodată la hermafroditul la care se constată o oprire în desvoltarea penisului sau a perineului.

c) Ca particularitate se observă prezenţa unor **glande embrionare anormale**, datorite unei umflături cum ar fi umflătura capsulelor supra-renale — hyperplasia scoarţei sau tumoare. Prezenţa acestor glande nu e însă întotdeauna identificată la hermafrodiţii pseudo-bărbaţi. Ele mai pot fi datorite unei tumori a glandei pineale *(Halban,* 1925).

Rezultate de autopsie:

1. *Bărbat de 52 ani.* In abdomen: 2 testicule ectopiate, o trompă, un uter bicorn şi un vagin *(Winckler,* 1893).

2. *Bărbat.* Organele genitale externe cu aspect masculin normal. Uter complect desvoltat cu trompe şi ligament lat, testicule — toate în scrotumul drept; scrotumul stâng gol *(Meckel)*.

3. *Individ de 45 ani.* Organele genitale externe normal masculine. Testiculele, atrofiate, cu epididimii şi canalele deferente, reţinute în cavitatea abdominală; vagin, uter şi trompă, normale *(Luksch)*.

4. *Femee de 25 ani:* vulva bine desvoltată, buzele mici atrofiate, clitoris mic, vagin strâmt: absenţa uterului, a ovarelor şi a trompelor, testiculele mici, flasce, cu epididimi, în ambele regiuni inguinale; canalele deferente dădeau în vesicule seminale, excepţional de voluminoase; canalele ejaculatoare dădeau în vagin *(Maschka)*.

5. *O bătrână de 80 ani, măritată:* genitalele externe perfect feminine; vagin adânc de 5 cm. terminat în fund-de-sac; nici uter, nici ligament uterin, nici trompe, în schimb: testicule lipite la inelele inghinale, ovoide, cu volum normal; canale deferente, vesicule seminale fără canale ejaculatoare *(Ricco)*.

6. *Bărbat de 62 ani:* penis de mărime mijlocie, cu hipospadias balanic: scrotum gol; în basin, 2 ovare, 2 trompe uterine cu pavilionul mic deschizându-se în uter, iar acesta în comunicaţie cu un vagin de 5 cm., terminându-se în uretra masculină, la care era anexată o prostată *(Tardieu)*.

7. *Marie Madeleine Lefort (65 ani):* Cap de bărbat, cu barbă lungă de 35 cm. Mamelele atârnând ca la o femee bătrână. Deschizătura subpeniană ducea la un canal membranos de 6 cm., un fel de cloacă primind totodată sângele menstrual (apariţia primei menstruaţii la 8 ani) şi urina: în partea posterioară, 2 orificii, unul (superior) dând în vesică, celalt (inferior) constituind orificiul extern al vaginului. Acesta din urmă ducea la un uter adânc de 51 mm., şi conţinând mai mulţi fibromi: ovarele şi trompele normale. *(Rezultatul autopsiei, practicată după 49 ani dela examinarea hermafroditului ca adolescent de către Béclard, confirmă diagnosticul pus de acesta).*

8. *Josephina Marzo (la 40 ani):* înfăţişarea masculină; nici mamele, nici areole. Penis de 6 cm., (10 cm. in stare de erecţiune), cu gland şi preput. Meat urinar sub gland, la originea corpilor cavernoşi. Absenţa scrotumului. Răsfrângeri cutanee analoage cu buzele mari şi mici. Corpi cavernoşi normali. Uretru anterior scurt, dar normal; bulb al uretrului şi prostată normale. Pe partea posterioară, uretrul în comunicaţie cu vesica, ca în starea normală; dar, în plus, constitue debuşeul vaginului (lung de 6 cm.). Uterul, adânc de 7 cm., are lărgimea maximă de 4,5 cm., uter de multipară; trompele, ovarele normale şi normal situate. Absenţa corpului galben.

9. *Până la 18 ani femee; apoi până la moarte (70 ani), bărbat.* Corp peniform cu gland imperforat, spintecat pe faţa inferioară (rigolă), cu corpi cavernoşi. Sub membru un canal reprezentând vaginul. In interior: uter triunghiular (adânc de 3,5 cm.) cu trompe, iar în dreapta un ligament lat fără ovar. Pe aripioara mijlocie a ligamentului un organ al lui Rosenmüller. In stânga ligamentul lat e înlocuit printr'un cordon traversând canalul inguinal. Acest cordon, format din trompă şi din ligamentul rotund, dă într'o pungă cu pereţi groşi, situată dedesubtul şi în afara buzei mari stângi. In partea aceasta a fost identificat, la microscop, de către Robin, un testicul *(Follin)*.

5. Diferenţiarea hermafrodiţilor

Intersexualitatea — această deconcertantă realitate pe care, cu toată tangibilitatea ei, Codul Civil se încăpăţânează s'o ignoreze — îşi trage originea denumirii de hermafrodism din mitul grecesc, după care nimfa Salacis, furioasă de indiferenţa (frigiditatea, am spune noi astăzi) ce i-o arăta Hermafrodit, născut din Hermes şi Afrodita, i-a implorat pe zei cu atâta stăruinţă, până ce aceştia au încuviinţat contopirea corpului ei cu acela al ingratului. In legenda aceasta găsim şi primul tip al hermafroditului complect — ca unul ce e înzestrat cu toate atributele ambelor sexe, — tip admis de *Zacchias* („Dacă există la un individ ambele sexe, el nu se poate căsători, nu poate intra în tagma călugărească, nu poate fi martor, nu poate moşteni un fief, nu poate fi avocat, medic, profesor"), dar mai mult sau mai puțin contestat de *Tardieu* și *Legrand du Saulle*. Investigațiunile științifice ale lui *Waldeyer*, *Meyer* și *Heppner*, au fost reluate în anii din urmă de *Knud Sand* (1919) și *Steinach* (comunicările din 1919 și 1920) cari au reușit, pe cale experimentală (castrarea precoce a unor mamifere și apoi prin grefă) să creeze un tip de hermafrodit complect — și somatic și psicho-sexual, cu perioade alternante de masculinizare și de feminizare. Singura obiecțiune ce se mai face, e aceea cu privire la importanța și rolul ce Steinach atribue celulelor interstițiale.

Dar avem dovezi indiscutabile de dată și mai recentă: 1. observația din 1927 a lui *Christoph Fitket* și *Hooge*, publicată în numărul din Decembrie 1927 al revistei «*Annales d'anathomie pathologique*»: un tânăr hermafrodit de 25 ani, la care, cu ocazia unei duble intervenții chirurgicale, s'a constatat bisexualitatea nu numai externă, dar și medie și internă; 2. observația lui *Brindeau* (1930): la autopsia unui nou născut declarat fată s'a constatat prezența testiculelor, a unui uter și a două trompe.

Fig. 6. — *Organele genitale externe ale unui pseudo-hermafrodit masculin*, examinate și fotografiate la Institutul Medico-Legal din București.

Existența acestei bisexualități nu implică însă și *potentia bisexualis*, adică hermafroditul adevărat să fie capabil și de a fecunda o femee și de a fi, la rândul său, fecundat de un bărbat; nu e posibilă funcționarea concomitentă a testiculelor și a ovarelor la acelaș individ, ci sau numai unele se bucură de exercițiul funcțiunii fiziologice, sau și unele și altele sunt sterile. După caracterizarea lui *Tandler*, hermafroditul, chiar bilateral, nu e unul *biologic* (cu o dublă activitate funcțională), ci unul pur *morfologic*.

⁂

Din observațiunile mai sus publicate se vede că în primul loc, în ce privește natura și gradul anomaliei, trebue să deosebim trei specii de hermafrodism: 1) *tubular* — intersexualitate interesând numai căile genitale (părțile genitale externe și medii); 2) *glandular* (intersexualitate interesând numai părțile genitale interne); 3) *tubularo-glandular* (în caz de intersexualitate complectă).

Primele două specii constitue clasa *hermafrodiţilor parţiali*, numiţi şi *pseudo-hermafrodiţi*, iar ultima specie e aceea a *adevăraţilor hermafrodiţi*.

A. HERMAFRODISMUL PARŢIAL are şi el 2 diviziuni, după atributele sexuale cari, aparent, predomină:

a) **Pseudo-hermafroditul masculin** (femee cu aparenţă de bărbat) sau **gynandroidul**, care se poate prezenta sub forma unora din aceste 5 varietăţi: 1. *hipertrofia clitorisului cu meat urinar la baza lui, urme de canal;* 2. *imperforare* sau *atresie vaginală*: lipirea buzelor mari; 3. *coexistenţa acestor două prime categorii de anomalii;* 4. *coborârea ovarelor, prezenţa lor în buzele mari;* 5. *gynandroidul complex* în care existenţa în plus a unora din semnele sexualităţii masculine nu alterează caracterul sexualităţii feminine.

b) **Pseudo-hermafroditul feminin** (bărbat cu aparenţă de femee) sau **androgynoidul** prezintă şi el 5 varietăţi: 1) *imperfecţiunea penisului;* mic, gland spintecat, hypospadias exagerat; 2) *scrotum spintecat* cu testicul în fiecare buză a spintecăturii; 3) *coexistenţa acestor două categorii de anomalii;* 4) *testicondie în plus:* simplă, dublă, temporară, permanentă; 5) *androgynoidul complex* în care prezenţa în plus a câtorva semne ale sexualităţii feminine nu alterează caracterul sexualităţii masculine.

B. HERMAFRODITUL ADEVĂRAT (*digamia: coexistenţa organelor genitale ale ambelor sexe*) se prezintă în una din următoarele trei varietăţi:

a) **bilateral:** câte un testicul şi un ovar de o parte şi de alta;

b) **unilateral:** un testicul şi un ovar într'o parte, numai un testicul sau numai un ovar în cealaltă parte;

c) **lateral:** numai un testicul într'o parte şi numai un ovar în cealaltă.

C. — Se mai poate întâlni specia HERMAFRODISMULUI NEUTRU (*agamia*) cu două varietăţi:

a) **Absenţa sexualităţii**, adică identificare anatomică dubioasă: din cauza absenţei testiculelor sau a ovarelor, funcţia fiziologică e abolită.

b) **Persistenţa stării embrionare:** sexualitatea nu s'a diferenţiat.

CAP. IV

TĂGADA PATERNITĂȚII ȘI A MATERNITĂȚII

„Pater is est quem nuptiae demonstrant"

Dărnicia excesivă pe care Codul Civil, prin inscripția de pe frontispiciul legiuirii care hotărăște despre filiațiunea legitimă (aliniatul I al art. 286: «Bărbatul este tatăl copilului conceput în timpul căsătoriei») o arată copilului numai zămislit, se topește, micșorându-se până la evaporare, de îndată ce ficțiunea embrionară devine o persoană reală. Ceeace, printr'o simplă enunțare de principiu i se dă înainte de naștere, i se poate lua copilului de îndată ce s'a născut: restul articolului 286 și articolele 287—290 consfințesc dreptul părintelui, iar art. 291 pe acela al moștenitorilor acestuia de a despuia copilul de legitimitatea nașterii sale. Și astfel, această legitimitate ne apare ca o rară nestimată, zăvorită într'o boltă blindată, apărată și aceasta de concentrice centure de ziduri chinezești, în cari, numai grație unei minuni de interpretare a judecătorului uman, becisnicile puteri ale pruncului pot practica o spărtură. Negreșit, n'ar fi de făcut nici o obiecție, dacă în măsura în care străjuește porunca sacrosanctă a filiațiunii legitime, ar chezășui și dreptul nu mai puțin sfânt al copilului la personalitatea și capacitatea legală, cari trebuie să fie atributele oricărei ființe omenești, de îndată ce a trecut de pragul porții de intrare a vieții. Această garanție, însă, nu există, deoarece legiuitorul nostru, pastișând codificarea anacronică de acum 125 ani a lui Napoleon, n'a cumpănit valoarea premizelor, pe baza cărora temutul Cesar, în omnipotența și omniștiența lui, a tăiat nodul gordian al controverselor de ordin medical, hotărînd limitele de posibilitate *fiziologică* a paternității.

Căci, pe ce se bizue legiuitorul, când cu o suverană încruntare, decretează minimul și maximul gestațiunii legitime: 180 și 300 zile?

„Bărbatul însă va putea să nu recunoască de al său pe copil, dacă dovedește că, in cursul timpului cuprins între a 300-a zi și între aceea a 180-a, mai înaintea nașterii copilului, a fost în imposibilitate fizică de a coabita cu soția sa, fie din cauză de depărtare, fie din orice alt accident.

In caz când s'a făcut cererea de divorț, bărbatul va putea să nu recunoască de al său pe copilul născut după 300 zile dela intentarea acțiunii de divorț, sau mai înainte de revenirea soției la domiciliul conjugal sau împăcarea soților" *(art. 286, al. I și III).*

„Legitimitatea copilului născut după 300 zile dela desfacerea căsătoriei va putea fi contestată" *(art. 289)*.

Care e baza științifică a hotărîrii în ce privește aparența sarcinii, când acordă bărbatului dreptul de tăgadă a paternității atunci când, înainte de căsătorie, n'a știut că femeea e însărcinată? *(art. 288, al. II)*. Dar sunt observații riguros controlate de femei cari și-au ignorat sarcina (precum vom demonstra, vorbind despre menstruație), după cum pot fi sarcini imaginare și sarcini simulate, sau sarcini cari să urmeze unui proces de tumoare, care a putut fi luat drept început al gestațiunii.

Da, pe ce se întemeiază acest imperativ al termenelor fatale de 180 și 300 zile — imperativ pe temeiul căruia copilul e desbrăcat de patrimoniul ce dreptul roman îi asigura încă din momentul zămislirii, tocmai pentru eventualitatea unei nașteri tardive? Ce l-a îndrituit pe legiuitor să ridice în fața judecătorului bariera de 180 și bariera de 300, peste cari, cu toată convingerea-i intimă, să nu poate trece fără o flagrantă violare a textului legii? Și apoi, textul nu strălucește prin crearea de garanții în ce privește sinceritatea dovezilor invocate în sprijinul tăgadei paternității:

1. La ce anume depărtare trebuie să se fi aflat bărbatul, pentruca, în înțelesul art. 286, să poată ridica incidentul de „imposibilitate fizică de a coabita cu soția sa"? Codul englez e clar în această privință: bărbatul absent din țară mai mult de 9 luni poate dezavua progenitura.

2. Ce se înțelege prin termenul atât de elastic de „accident" din acel articol? Luxarea unui braț sau a unui picior, de exemplu, e o cauză absolută de piedecă la coabitare?

3. Care e chezășia de sinceritate a mărturiei că, după introducerea acțiunii de divorț, bărbatul n'a mai avut raporturi sexuale cu soția sa? Adică, e absolută nevoie ca în prealabil femeea să se fi întors la domiciliul conjugal? Dar dece n'am admite posibilitatea unor atari raporturi și la un domiciliu extra-conjugal (la noul domiciliu al femeii sau aiurea), în timpul preliminărilor „împăcării" (despre care vorbește acelaș art. 286), — preliminarii ce pot preceda fie unei reconcilieri fie unei rupturi definitive, părțile neputând cădea de acord?

⁂

Dar, însfârșit, legea e lege și în cadrul fixat de ea cată să examinăm chestiunea paternității, prin prizma medicinei legale.

Dreptul de tăgadă decurgând, pe deoparte din epoca nașterii, iar pe de alta din imposibilitatea fizică de coabitațiune, urmează că problema filiațiunii legitime trebuie rezolvată mai întâiu în funcțiune de durata sarcinei, și apoi, în funcțiune de realitatea fecundării.

I. DURATA SARCINII

Limitele de 180 şi 300 zile, am spus-o, au fost arbitrar fixate de Bonaparte, care a prezidat deliberările Consiliului de Stat. (S'a susţinut de unii că dinadins Micul Caporal a creat atâtea posibilităţi de tăgadă a paternităţii, spre a avea mai târziu un cât mai mare contingent de bastarzi, dintre cari — cu momeala unei cariere militare — să-şi poată mai lesne recruta legiunile).

Care e temeiul ştiinţific al acestor două margini?

A. Termenul de 180 zile

Despre copilul născut în limita celor 180 zile ne-am ocupat pe larg la capitolul naşterii (copilul viu) şi am documentat, că nu sunt excluse naşteri de copii vii înainte de acest termen. Observaţiunile din ultimii cinci-spre-zece ani arată că un copil *matur*, adică având toate caracterele unui copil la termen, se poate naşte şi sub 275 zile, cifra minimă stabilită de *Nüremberger* (1918) pentru durata fiziologică a sarcinii.

Vom stărui numai asupra caracterului aleatoriu al semnelor pentru diferenţierea unui copil de 180 zile de unul de 160 sau 170 zile, după cum tot atât de inconstante sunt semnele maturităţii pruncului născut la termen. Cert este, însă, că situaţia testiculelor (cari la un copil de 6 luni solare nu se pot găsi încă in scrotum), persistenţa membranei pupilare şi maturitatea unghiilor sunt semne întrucâtva concludente. Un alt semn al quasi-certitudinii il găsim in greutatea *placentei* care, la un copil precoce, e cu mult sub 350 gr. Cât despre dimensiuni şi greutate, aceste indicii sunt de multe ori inşelătoare: *West* citează cazul a doi gemeni, cari, deşi născuţi la termen, erau, sub acest raport, inferiori unui copil de 7 luni (unul cântărea 680 gr. şi celalt 1.360 gr.).

B. Termenul de 300 zile

Există un temeiu biologic pentru înălţarea acestei bariere contra copilului postulant la un loc în cetăţuia filiaţiunii legitime?

Inspiratu-s'au autorii codului din postulatul atât de şubred al lui Buffon: „Les foetus des animaux, comme des vaches, des brebis, n'ont qu'un terme pour naître, le temps de leur séjour dans le ventre de la mère est toujours le même" — *„Des animaux")?* Dar această fixitate n'a admis-o, cu trei sute de ani înainte de era creştină, nici Aristotel, după cum a contestat-o şi Pliniu, şi după cum, mai târziu, la inceputul secolului XIX, aveau să-i dovedească neseriozitatea *Spencer, Teissier* şi alţii, pe temeiul unor argumente trase din fiziologia comparată şi cari, pentru femee, admit o prelungire medie de 28 zile peste termenul normal al gestaţiunii.

Sau, poate, din doctrina hipocratică — 10 luni ca durată maximă a sarcinii? Suntem de acord, cu condițiunea însă ca să se introducă și amendamentul explicației, ce tot Hipocrat o dă pentru nașterile tardive, pe cari nu le neagă: „Toate femeile cari au crezut c'au dus sarcina mai mult de 10 luni, au fost induse în eroare de un *calcul greșit: ele s'au crezut gravide din momentul încetării menstruației. Femeile* — conchide părintele medicinii — *sunt întotdeauna afirmative și nimic, nici fapta, nici vorba n'ar putea să le convingă că ele habar n'au de ce se petrece în propriul lor trup*". In această observație avem însăș cheea enigmei (pentru unii), a pretinsei imposibilități (pentru legiuitor) a nașterii tardive; ne vom servi de ea pentru argumentul tras din calcularea duratei gestațiunii. Detaliu care însă i-a scăpat lui *Zacchias* care, în calculul său, bazat pe argumentul teologic (intervalul dintre Buna-Vestire și Crăciun), fixează limita sarcinii normale la 275 zile (9 luni lunare și 23 zile) și numai excepțional la 10 luni și 10 zile (290 zile).

Și, pentrucă vorbim de cei vechi, să pomenim și de un edict al împăratului roman Adrian, care proclamă legitim „un copil de 11 luni (luna de 28 zile), deci de 308 zile, născut de o femee cinstită".

Nu înțelegem să cădem nici în păcatul partizanilor unei prelungiri fanteziste a gestațiunii: 12 luni (Facultatea din Lipsca, 1638), 12 luni și 13 zile (Facultatea din Giessen, 1688); 13 luni *(Heister)*; 11 luni *(Geoffroy)*; 12 luni *(Antoine Louis* care — susținut de 23 medici, de consultațiunile facultății și a 47 autori — proclamă, în 1766, că „nu numai e posibil, dar e și demonstrat că termenul nașterii poate întârzia peste a 12-a lună"). Ce să mai spunem de *Dalignac*, care susține că propria lui soție, cu durata sarcinei de el însuș controlată, a născut un copil la 11 luni, iar alți doi la 13 luni și jumătate? Exagerări cari au dus la elucubrații de calibrul celeia înregistrată de *Gassendi*, în 1605, pe temeiul raportului unui medic din Montpellier, al unor sarcini, la aceeaș femee, de 14, 18 și 22 luni, sau nerozia înregistrată de *Petit* (1733) a unei sarcini de 3 ani, atestată de doi medici și de un notar. Enormități cari întâmpinau și mai multă crezare în plin evul-mediu, ceeace a făcut pe *Rabelais*, medic și el, să arunce, într'un pasaj din „Gargantua", săgeata inveninată a sarcasmului său atât împotriva prostiei pretinselor somități științifice (cari admiteau gestațiunea peste 11 luni) cât și contra virtuții văduvelor consolabile: „...... *moyennant lesquelles lois, les femmes veuves peuvent se donner licence à tous enviz et toutes restes deux mois après le trepas de leur mari...., car, si au troisième moi elles engrossissent, leur fruict sera héritier du defunt*".

De această cinste feminină, care cu atâta desinvoltură înfruntă legile naturii, se ocupă şi *Fodéré* care, comentând o hotărîre a Curţii din Rouen pentru legitimarea unui copil de 11 luni şi 1 zi, ne serveşte un întreg pomelnic de naşteri *declarate* legitime, dintre cari una după o gestaţiune de 1 an şi 3 zile dela moartea soţului. Iar *Louis*, tăgăduind sinceritatea anchetelor asupra „purtării ireproşabile a femeii" conchide: „Virtutea feminină e ceva prea precar, spre a putea servi ca bază concluziunilor noastre".

Din nenorocire, circumspecţiunea aceasta se traduce la alţii, cum e *Metzger*, printr'o severitate excesivă: „E ilegitim — spune el — copilul născut după a 280-a zi dela moartea sau plecarea soţului, ori după ultimul raport sexual pozitiv constatat". *Casper*, deşi mai îngăduitor, nu mai crede în cinstea femeii după o uşurare care a depăşit a 300-a zi a sarcinei. *Stolz*... consimte la o zi în plus — 301, dintre cari 6 constitue maximumul pentru durata durerilor, în facerile extrem de laborioase; limită prin nimic justificată, pentrucă se cunosc cazuri controlate, în cari primele dureri s'au manifestat trecător chiar cu mai mult de o lună înaintea facerii (*Fodéré, Klein*). „La primul copil — notează *Fodéré*, relatând cazul propriei sale soţii — durerile facerii au apărut la 9 luni, dar totul s'a redus la o abundentă evacuare de serozitate. Soţia mea s'a întremat şi n'a născut decât după trecere de 40 zile" — ceeace ar face 310 zile. — *Velpeau* şi *Moreau* raportează şi ei sarcini de 310 zile, verificate prin notarea zilei de încetare a ultimei menstruaţii, prin primele mişcări ale copilului după luna a 4-a şi un început de dureri la sfârşitul lunii a 9-a. *Elsaesser*, într'o statistică de 260 cazuri de naşteri tardive, calculează la aproape 3 la 100 numărul gestaţiunilor cari trec de 308 zile. *Michaelis*, într'un singur an (1818), a înregistrat la spitalul din Kiel, 19 naşteri după 300 zile de sarcină. *Mongommery şi Merriman* raportează sarcini de 308 zile. *Simpson* de 313, *Murphy* de 313, iar *Taylor* de 323—325. Iar tribunalele engleze au recunoscut legitimitatea filiaţiunii la copii născuţi după o sarcină de 308 zile; instanţele americane au legitimat fructul unei gestaţiuni de 317 zile.

C. Calculul gestaţiunii normale

Aceste durate nu trebuie să pară exagerate, pentrucă toate sunt calculate pe baza încetării ultimei menstruaţii — ceeace face că (după cum vom explica mai departe, se pot scădea 21—30 zile la cari se mai adaugă 4—6 zile de dystocie) durata reală a gestaţiunii, chiar a celei mai lungi admise de justiţie (cea de 317 consacrată de tribunalele americane) e redusă la 281 zile. Durată neexagerată, pentrucă nici până astăzi, cu toate luminile noui ce le dau fiziologia şi obstetrica, tot nu s'a ajuns la un acord asupra epocii la care urmează să se încheie o sarcină normală. Controversă firească, pentrucă mari şi variate sunt oscilările fiziologice cari influenţează asupra duratei sarcinei. Oscilaţii cari explică fluctuaţiunile extrem de sensibile în centrul cărora se află indicaţiunea 273—280 zile (39—40 săptămâni) ca vârstă intra-uterină a copilului considerat născut la termen. Cu atât mai mult că unii (*Mattei. Duncan* şi *Reid*) depăşesc această cifră, admiţând 283—293.

Cari sunt datele necesare calculării, cu o mai mare sau mai mică aproximaţie, a duratei fiziologice a gestaţiunii? Doi sunt termenii de bază ai acestei socoteli: *a)* momentul concepţiunii; *b)* momentul uşurării.

1. Momentul concepţiunii (începutul sarcinii) nu trebue confundat cu însuş momentul aparent al fecundării, care suferă de obiceiu o întârziere de 1—3 zile. Argumentarea: fecundarea oului se face fie pe ovar, fie în trompă, fie în uter, aşa că spermatozoidul — a cărui vitalitate în mucusul uterin atinge 3-4 zile — se poate afla în situaţia de a aştepta ruptura vesiculei, coborârea sau maturitatea oului.

Dar începutul sarcinei mai e în funcţiune de *epoca ultimei menstruaţii*. Or, studiile şi observaţiile coroborante pledează pentru fixarea momentului variabil al concepţiei între preziua apariţiei ultimului period şi a 2-a zi după încetarea acestuia. — Nu există unitate de vederi asupra momentului mai prielnic impregnării: unii il fixează la 7, alţii la 8, alţii la 10—12 zile după încetarea ultimei menstruaţii. Perioada de predilecţie pentru concepţiune diferă după concluziile trase din serii de observaţii. După *Zangenmeister*, datele concepţiunii se grupează, în ordinea de frecvenţă: în intervalul dintre a 5-a şi a 11-a zi dela reapariţia menstruaţiei; în intervalul dintre a 12-a şi a 18-a, zi; în intervalul dintre a 19-a şi a 25-a zi; în cursul menstruaţiei; după a 26-a zi dela reapariţia acesteia. *Schickelé* — 1927 rezumă observaţiile sale printr'o formulă mult mai simplă: cele mai multe concepţiuni se produc în prima săptămână care urmează menstruaţiei, apoi frecvenţa e destul de importantă şi în săptămâna următoare, — dar zămislirea poate avea loc în orice moment, la o femee susceptibilă de fecundare.

Menstruaţia apărând de regulă la fiece 4 săptămâni, avem astfel un interval neutru de 27—29 zile, la care se adaugă perioada de 1—3 zile (care desparte fecundarea de concepţie). Ţinând seama şi de fructificarea intermenstruală, pierderea periodică de sânge putându-se produce şi după zămislire, se pune problema identificării ovulului fecundat, pentrucă acesta ar putea aparţine fie acestui din urmă period, fie menstruaţiei precedente care nu s'a mai produs. Dar acest ovul îşi poate avea originea şi într'o ovulaţie intermediară, în intervalul care desparte două menstruaţii. Ar urma ca răstimpul de fructificare să fie de 15—30 zile, care trebue scăzut din durata aparentă a sarcinii.

Ipoteza aceasta găseşte o confirmare în două observaţii exprimentale: 1. o alienată internată, care n-a avut cu soţul ei decât raporturi sexuale exact notate la intervale de 3 luni, a născut la 290 zile, deci cu o întârziere de 15 zile (*Desormaux*); 2. o primipară, la care s'a notat exact momentul ultimului coit, a născut la 309 zile, din cari scăzându-se 1—3 zile (intervalul dintre impregnare şi concepţie) rămâne întârzierea de vreo 30 zile.

Toate calculele bazate pe menstraţie, oricât de ingenioase ar fi ele, n'au însă decât o valoare relativă, pentrucă nu odată se întâmplă ca natura să le dărâme, prin refuzul ei de a da drum periodicului flux sanguin: 1. O ţărancă de 32 ani voinică și sănătoasă, a născut în trei rânduri, *fără a fi fost vreodată menstruată* (Casper); 2. O femee sănătoasă a făcut 6 copii, *iarăși cu totala absență a menstruației*, care n'a apărut decât după a 6-a facere *(Löwy)*.

Sau ciudățenia contrară: *persistența menstruației în timpul sarcinii:* menstruație regulată la fiece sarcină până în luna a 7-a.

2. **Momentul ușurării**, ținând seama de calculele de mai sus, nu poate, nici în condițiuni fiziologice normale, să se producă în maximum 295—305 zile, așa cum vrea vechea școală medico-legală.

Pentrucă, dacă e adevărat că funcțiunea menstruală stă mereu la pândă și profită de cea mai neînsemnată meteahnă spre a se afirma fie prin avorturi firești, fie prin nașteri premature, e însă tot atât de verificat că numeroase cauze determinate pot contribui la o întârziere a ușurării mamei.

a) **In capul acesor cauze vom pune firește pe cea mai curent admisă: durata parturiției.** Durerile facerii pot ține 1—6 zile deci încă un interval care trebuește adăugat la limita inferioară și scăzut din limita superioară, astfel cum sunt ele fixate de cod pentru momentul nașterii. Căci altfel s'ar comite inichitatea de a se tăgădui paternitatea unui copil a cărui expulzare, începută la termen, a suferit o întârziere de chiar numai o zi. Pe când o anticipație de o zi lipsește de beneficiul legitimității pe copilul născut în a 179-a zi, paternitatea din contră e atribuită fătului care s'a născut în dureri ce au ținut 6 zile, dar la termenul fixat de lege.

Precum am văzut (notațiunea lui *Fodéré)* există și false dureri: acestea se pronunță prin scurgeri seroase cari greșit sunt luate drept apele amniotice, dar nu persistă, deoarece colul întredeschis se reînchide la loc, iar ușurarea efectivă nu se produce decât cu o întârziere de 21—28 zile.

b) **Această suspendare a parturiției se explică de unii printr'un efort al celei de a 10-a epoci menstruale** (efort mai sus pomenit), de alții printr'o insuficiență uterină, care paralizează funcțiunea fiziologică a acestui organ la termenul normal al expluzării (anemia, debilitatea generală, tumori fibroase, cancerul, desvoltarea excesivă a fătului cu flexibilitatea redusă a craniului copilului).

c) **Conformația basinului.**—Chiar la un basin normal, expulzarea fătului poate întârzia până la a 308-a zi dela oprirea ultimei menstruații. Și aceasta din cauza dimensiunilor și greutății neobicinuite a copilului: în sarcina de 9 luni, fătul câștigă, în ultima lună a gestațiunii, 7—8 cm. ca lungime și aproape 1 kgr ca greutate; dacă parturiția întârzie cu 3—4 săptămâni și nu intervine nici o cauză patologică pentru oprirea desvoltării, copilul poate ajunge până la 60 cm., cu un diametru biparietal până la 11 cm., (diametrii basinului netrecând de 11—13 cm.,) și cu o greutate de 4.200—5.000 gr. și chiar mai mare.

d) **Insuficiența nutrițiunii fătului, din cauza suprabundenței apelor amniosului.**

e) **Suprimarea morbidă a menstruației** care poate ține 2—3 luni, interval care astfel greșit se socoate în durata gestațiunii, — oprirea menstruației fiind îndeobște luată drept un semn al începutului sarcinii.

f) **Moartea copilului in uter.** — E adevărat că de regulă fătul matur mort e expulzat cel mai târziu de prima menstruație de după încheerea timpului gestațiunii, dar sunt și observații controlate de întârziere a fătului mort, cu mult peste a 10-a lună.

g) **La multipare** se observă de obiceiu nu numai un interval mai lung între două sarcini succesive, dar și nașteri întârziate; la primipare, dimpotrivă, perioada de repaus între prima și a doua gestațiune e mai scurtă, precum mai precipitată e și parturiția (particularitate notată și de *Hippocrat).*

h) Vârsta şi a femeii şi a bărbatului: aceeaş femee şi cu acelaş bărbat a născut la 270 zile îndată după nuntă, la vârsta de 17 ani, şi la 284 zile, la vârsta de 48 ani (observaţia lui *Clay*).

i) Să mai notăm, numai cu titlu de curiozitate, o diferenţiare de sex: părerea (susţinută de Buffon şi combătută de *Stoltz* şi alţii), cum că fetele s'ar naşte mai târziu ca băeţii. — De altfel, şi *Sellheim* (1928), pe baza unei statistici de 7.000 naşteri, confirmă teoria naturalismului francez numai în ce priveşte copilul matur: un copil de sex femenin nu are caracterele maturităţii (talia de 45—55 cm.) decât cu 3 zile mai târziu ca un copil de sex masculin.

D. Determinarea duratei legale a sarcinei

In lumina celor expuse să arătăm că, în stricta interpretare a articolelor 286, 288 şi 289 c. c., calculul *de die ad diem* (adică din momentul concepţiunii şi până în momentul uşurării parturientei) se face pe ziua de 24 ore, începând dela 12 noaptea. După autori — observă *Alexandresco* — punctul de plecare al socotelii e acela al momentului în care zămislirea a putut să se producă, adică dela ora celebrării căsătoriei sau dela ora desfacerii însoţirii (moartea bărbatului sau transcrierea hotărîrii de divorţ). Dar câte zile vor intra în socoteala duratei gestaţiunii? După părerea generală, gestaţiunea efectivă cea mai scurtă cuprinde 179 zile întregi (fără a se mai număra ziua celebrării cununiei), plus fracţiunea zilei naşterii, care complectează limita de 180 zile. Cât despre gestaţiunea cea mai lungă (în ipoteza articolului 289), ea cuprinde 299 zile *întregi* (fără a se mai număra ziua desfacerii căsătoriei) plus fracţiunea zilei naşterii, care pentru copil (la declararea naşterii) se calculează la o zi întreagă, şi complectează astfel termenul de 300 zile. In acest sens a statuat şi jurisprudenţa: „Părintele murind la 19 Martie 1866 la 2 dimineaţa, prima zi legală după decesul lui a început la ora 12 în noaptea de 19 spre 20 Martie, iar a 300-a zi a trebuit să expire la ora 12, în noaptea de 13 spre 14 Ianuarie 1867, iar copilul, născându-se la 13 Ianuarie, la ora 8 şi jumătate dimineaţa, e legitim". — *Casaţia franceză*, 1869.

E. Indicaţiuni accesorii

1. Dimensiunile şi greutatea copilului, în minus sau în plus faţă de cifrele admise pentru copilul precoce şi copilul la termen (după cum e vorba de legitimitatea unui copil de 180 zile sau aceea a unuia de 300 zile), nu sunt concludente. *Koeberle* — 1862 indică un făt de 320 zile cu 3 650 gr.; *Cailletet* — 1874, unul de numai 305 zile cu peste 7.000 gr., *Kjoelsch* unul de numai 240 zile, cu 4 280 gr. şi o lungime de 51 cm., iar *Heyn* — 1924 notează o mamă de 19 ani care a născut un copil de 50 cm., şi 2.980 gr., după 229 zile dela primul coit exact notat). După *Pinard*, copilul a cărui mamă nu s'a obosit în ultimele 3 luni ale gestaţiunii e mai desvoltat decât fătul femeii care a muncit şi umblat mult, iar *Schultz* (1920) dovedeşte cu o bogată statistică faptul, că o sarcină

prelungită nu condiţionează neapărat un copil mai desvoltat ca unul la termen sau aproape la termen. O statistică mai recentă *(Sellheim,* 1928), referitoare la 1.000 copii maturi, indică următoarele limite: 213 zile şi 334 zile pentru un copil matur cu talia de 48—52 cm., şi greutatea de 3.000—3.500 gr. Limitele acestea sunt calculate din ziua stabilită a concepţiunii. — Tot *Sellheim* ne dă o pildă de maturitate precoce cu adevărat neobicinuită: o primipară are primul raport sexual la 1 Aprilie 1927, iar la 1 Noembrie acelaş an (adică după 214 *zile)* naşte un copil matur (51 cm., şi 3.700 gr.).

Desvoltarea fătului mai e influenţată de tratamentul radiologic, in timpul sarcinii, ceeace determină o prelungire a duratei acesteia. Iar dacă se naşte la termen, copilul e atins de ceeace se numeşte *atrofia radiologică:* copilul la termen cu 1.620 gr., cu pete pigmentare cafenii, vestigii ale radio-dermitelor intra-uterine şi pe cari le-a mai avut şi după trecere de 2 ani, când nu avea decât 4.050 gr. la 64 cm. — talia şi greutatea unui copil normal de numai 2 luni. Cauza: mama copilului, primipară la 40 ani şi atinsă de un fibrom al uterului, a fost tratată, în primele 4 luni ale sarcinii, cu razele X, timp de 16 şedinţe. (Comunicarea lui *Georges Schreiber* in 1925, la Academia de Medicină din Paris).

In ce priveşte *gemenii,* aceştia au de regulă jumătatea greutăţii fătului unic născut la termen.

Mai e de notat că, in primele 3—4 zile dela naştere, copilul (prin eliminarea meconiului, evaporarea apei prin piele, prin influenţa căldurii ambiante) pierde ca la 200 gr., din greutate. Detaliu interesant pentru aprecierea vârstei copilului viu sau mort.

2. Semnele morfologice au făcut obiectul unui foarte interesant studiu comparativ al lui *Nadeshine* (publicat în „Analele de Medicină Legală" din Karkow): la 100 copii examinaţi, a găsit la 49 ereditatea maternă, la 38 ereditatea paternă, iar la 13 nici un indiciu de ereditate. Cele mai frecvent verificate au fost *viciile de conformaţie:*

a) Ectrodactilie: 1) absenţa congenitală a 3 degete şi 3 metacarpiene, corespunzând mijlocului dela fiecare mână; 2) aceeaş malformaţiune însă numai la una din mâini (ambele cazuri comunicate de *Dr. Bojovici).*

b) Ciung de ambele mâini — viciu de conformaţie ereditar transmis in cursul a 4 generaţiuni şi la copii de ambele sexe *(Buizard,* 1928).

c) Polydactilie, sindactilie (la mâni sau picioare). In tribul arab Foldes, la care se fac numai căsătorii consanguine, polydactilia e moştenită din tată in fiu, iar copilul, care se naşte fără un deget suplimentar, e repudiat ca unul ce ar fi fost făcut cu un bărbat aparţinând unui alt trib. — S'a mai notat *ataoismul:* polydactilie transmisă dela bunic la nepot *(Tourdes).*

d) Hypospadia: 1) tată hypospad, 2 fii hypospazi *(Tourdes);* 2) o femee cu tată hypospad a născut 2 băeţi hypospazi *(Michel);* 3) copil, tată şi bunic (după tată) hypospazi *(P. Frank).*

e) Triorchidia, buza-de-iepure, epispadia. — S'a observat, in transmisiunea ereditară a viciilor de conformaţie, că tatăl sau mama nu le trec decât copiilor de sexul respectiv: un epispad, fiu de epispad, a procreat 2 fete normale şi numai fiul epispad — *Ritter).*

f) Bolile ereditare: ftizia, sifilisul, epilepsia, alienaţia mintală.

g) Liniile papilare, cărora *Carrière* (1924) le contestă orice valoare ereditară, sunt însă considerate ca un semn al paternităţii, din punctul de vedere al numărului şi al formei lor (eliptice sau circulare) după părerea lui *Bonnevie* şi a lui *Nuernberger* (1925). Noi suntem de opinia lui Carrière, pentrucă nu se poate să existe marele număr de coincidenţe cari caracterizează identitatea impresiunii digitale. *Locard* ne serveşte o observaţie făcută la membrii a cinci generaţiuni din una şi aceeaş familie, şi fiecare din ei are dispoziţia personală a liniilor papilare. *Abundo* admite o singură excepţiune: familiile de idioţi la cari desenurile (tip degenerativ) sunt foarte sărace şi nu oferă decât câteva elemente de comparaţie. *Henkel* (1928) nu atribue nici el o valoare deosebită semnului papilar pentru caracterizarea paternităţii, dar îl recomandă ca o certitudine pentru identificarea copilului, spre a se preîntâmpina o eventuală substituire, şi condamnă ca aleatorie indicaţiunea dată de amprenta piciorului copilului (amprentă care nu redă decât cutele tălpii).

h) Pata mongolă — pata albastră bătând în violet care'şi are sediul fie pe umeri, fie în regiunea sacrală şi caracteristică neamurilor asiatice — susţinută de *Comby* (1920), e combătută de *Zartl* (1921) şi *Haberda* (1927).

i) Asemănarea în înfăţişarea generală, voce, gesturi, ticuri, atitudine, cari însă nu se pronunţă decât mai târziu, pe măsură ce copilul se desvoltă. Criteriul asemănării e cu un lux de argumente recomandat de *Zacchias* care nu admite ca „imaginaţia femeei să poată produce o asemănare cu bărbatul pe care-l iubeşte, numai prin faptul că se gândeşte la el în momentul coitului cu soţul legitim".

j) Culoarea pielei e considerată de unii ca un indiciu de paternitate, în caz de *suprafecundare:* o femee a născut doi gemeni, dintre cari unul alb şi unul negru. Semn contestat de *Casper* (unul din gemeni, mulatru la naştere, a devenit alb la 11 ani) şi de *Siebert* (1921).

3. Grupele sanguine. — Hirszfeld a stabilit că prezenţa sau absenţa în sânge a unor anunuţi anticorpi normali corespunde unor factori ereditari particulari şi diferiţi dela individ la individ, adică aceşti anticorpi sunt constituţionali şi individuali. Cu alte cuvinte există, în ce priveşte sângele, o constituţie serologică în armonie cu constituţia morfologică şi neuro-humorală şi care se desvoltă printr'o serogeneză progresivă. Iar *Lattes,* în extraordinar de fecunda'i contribuţie la studiul individualizării sângelui, relevă, în ultima'i lucrare de sinteză („L'individualità del sangue") că sângele, prin proprietăţile naturale ce posedă, dă, pentru determinarea modului individual de acţiune, aproape toate reacţiunile serologice cunoscute: iso-aglutinarea, isolisa, etero-aglutinarea, eterolisa, fixarea complementului, reacţiunea opsonică, precipitarea şi floculaţiunea.

Dintre toate aceste proprietăţi, aceea care, în afară de interesul biologic şi clinic, prezintă şi unul medico-legal e, fireşte, proprietatea iso-aglutinării care, după *Furahata* (Japonia) pare a fi fost cunoscută cu aproape 700 ani înainte, în China, deoarece, în tratatul „Sen-en-roku" (1247), se vorbeşte şi de proba amestecului de sânge dela două persoane diferite, pentru stabilirea înrudirii.

Din observarea fenomenului isoaglutinării (în timpurile mai noui pentru întâia oară caracterizat de *Creite,* în 1869, care a descoperit hemaglutininele în serurile normale), hematologia, graţie lucrărilor intensive ulterioare, a ajuns să identifice pentru sângele uman patru grupe distincte prin reacţiunile lor de aglutinare a globulelor roşii *(Landsteiner, Jansky* şi *Moss).* Aglutinarea se face prin punerea în contact a hematiilor unui individ cu plasma unui alt individ: globulele roşii se înfrăţesc constituind mari aglutinaţii cari se disting macroscopiceşte. Aglutinarea aceasta e o dovadă a incompatibilităţii unui sânge uman determinat pentru un alt sânge uman. Aşa că, atunci când fenomenul nu se produce, deducţiunea de făcut e că cele două porţiuni de sânge confruntate aparţin aceluiaş grup sanguin. De unde posibilitatea de determinare a afinităţii sau repulsiunii între sângele a doi indivizi. Deoarece şi sângelui — ca semn distinctiv transmis prin ereditate — se aplică ingenioasa *lege de prevalenţă a* *lui Mendel* constant verificată, urmează că isoaglutinarea e un mijloc de încercat pentru stabilirea paternităţii.

(*Legea mendeliană:* Indivizii din prima generaţie — ieşită din încrucişarea a două animale sau plante diferenţiate printr'un semn distinctiv — posedă mai toţi semnul unuia din generatori: *semnul dominant*, în opoziţie cu stigmatul nemoştenit dela celalt generator, *semnul recesiv*. In a doua generaţie, apare şi acest al doilea semn, în proporţie de 1/4 faţă de semnul dominant (3/4). In a treia generaţie, semnul recesiv rămâne constant (adică tot la 25% din progenitură), iar semnul dominant nu se mai vede decât la 1/3 din progenitură. In generaţia a 4-a, semnul dominant apare iarăş mai accentuat în proporţia de 2/3. Legea Mendeliană se aplică numai la un stigmat izolat şi nu există nici un caracter de dependenţă între semnul dominant şi semnul recesiv).

Am spus că proba iso-aglutinării (bazată pe constatarea că proprietăţile iso-aglutinante normale nu sunt identice la toţi indivizii) constă în interpretarea compatibilităţii de aglutinare a patru grupuri sanguine; acestea sunt:

Grupul I, sânge ale cărui hematii *nu* sunt aglutinate de serurile grupelor 2, 3 şi 4, dar al cărui ser aglutinează hematiile acestor din urmă trei grupe.

Grupul II, sânge ale cărui hematii sunt aglutinate numai de serurile grupelor 1 şi 3, dar al cărui ser aglutinează numai hematiile grupelor 3 şi 4.

Grupul III, sânge ale cărui hematii sunt aglutinate numai de serurile grupelor 1 şi 2, dar al cărui ser aglutinează numai hematiile grupelor 2 şi 4.

Grupul IV, sânge ale cărui hematii sunt aglutinate de serurile grupelor 1, 2 şi 3, dar al cărui ser nu aglutinează hematiile nici unuia din celelalte 3 grupe.

Fixarea iso-aglutininelor umane făcându-se printr'un aglutinogen, numit reagen, grupurile sanguine pot fi caracterizate şi prin prezenţa sau absenţa acestui reagen şi vom avea:

Grupul I, nici un aglutinogen, adică O.
Grupul II, aglutinogenul *A*.
Grupul III, aglutinogenul *B*.
Grupul IV, aglutinogenii *A* şi *B*.

Să mai notăm că există şi sânge uman — incomplect, intermediar—care nu intră în nici unul din aceste patru grupuri. Se mai înregistrează fenomene de pseudo-aglutinare, caşi procese de auto-aglutinare. Pseudo-aglutinarea e o gravă cauză de eroare; numai examenul microscopic poate diferenţia o reacţiune adevărată de una falşă.

Raportul de ereditate între grupurile sanguine ale părinţilor şi acele ale copiilor (constatat mai întâiu de *Langer*, 1905 şi *Hektoen*, 1907) a fost demonstrat de *Dungern* şi *Hirszfeld* (1910) şi confirmat de *Ottenberg* (1921). Iar *Lattes*, care a aprofundat studiul aplicaţiunilor medico-legale ale fenomenului iso-aglutinării, a ajuns, în ce priveşte filiaţiunea, la următoarele concluziuni verificate: 1. transmisiunea ereditară a grupului sanguin e o certitudine; 2. această transmisiune se face conform legii Mendeliene, iar proprietăţile isoaglutinante A şi B joacă rolul de caractere dominante.

Există dar o *individualitate sanguină* (pe care *Hamburger* o interpretează ca semnul existenţei unei corespondenţe fixe între substanţele aglutinante ale serului sanguin — aglutininele şi acele ale hematiilor — aglutinogenii), individualitate care, după cercetările mai recente ale lui *Weidemann* (1928) rămâne nealterată şi după moarte. In 50 cazuri (examinarea sângelui înainte şi după moartea individului), a notat faptul constant al acestei persistenţe, cu observaţia că proprietatea de grupare a globulelor sanguine e mai rezistentă la putrefacţie decât isohemoaglutinina serului.

Deoarece la copil nu poate fi indentificat nici un aglutinogen care să nu se găsească şi la unul din părinţi, urmează că, în ce priveşte transmisibilitatea ereditară, vom avea următoarele combinaţiuni posibile după grupurile sanguine ale părinţilor:

Părinţii: I (O) + I (O); copilul I (O)
Părinţii: II (A) + II (A), copilul I (O) şi II (A)
Părinţii: III (B) + III (B); copilul I (O) şi III (B)
Părinţii: I (O) + II (A), copilul I (O) şi II (A)
Părinţii: I (O) + III (B); copilul I (O) şi III (B)
Părinţii: II (A) + III (B); copilul poate aparţine oricăruia din grupurile sanguine.

Deasemenea copilul poate aparţine oricăruia din grupuri, atunci când numai unul din părinţi se clasează în grupurile II şi III (AB).

Astfel că, fenomenul isoaglutinării permite depe acum. în cazuri de căutare a paternităţii, aplicaţiunii medico-legale de oarecare greutate.

Problema paternităţii rămâne însă insolubilă, atunci când proba e pozitivă numai de partea mamei.

Schiff (1926), relevează o cauză de eroare: se poate întâmpla ca mai mulţi bărbaţi puşi în cauză, pentru stabilirea paternităţii, să prezinte acelaş tip de sânge; în orice caz nu se poate conta nici măcar pe 20 la sută de probă pozitivă.

Investigaţiile ulterioare au confirmat această cifră. Astfel, *Haselhorst* (1928), din 4000 examene, n'a putut obţine proba pozitivă decât în 750 cazuri (aproape 19%). *Raestrup* (1928), care a putut obţine, la Institutul Medico-Legal din Leipzig, indicaţiuni preţioase în 24% din cazuri, dar certitudinea numai în 10%, observă că, atunci când copilul aparţine grupului B, dovada filiaţiunii se poate face mai lesne. *Schiff*, în urma unor noui experienţe (în 1929) a ajuns la următoarele concluzii: 1) *Eliminarea paternităţii* se poate obţine în maximum 24% din copiii aparţinând grupului *AB*; 19% pentru copiii din grupul *B*; 8% pentru grupul *A* şi 3% pentru grupul *O*. 2) *Eliminarea maternităţii:* 16% dacă mama aparţine grupului O; 8% pentru grupul *B*; 4% pentru grupul *A*; procentul de eliminare e nul pentru mamele aparţinând grupului *AB*.

Augsberger crede a putea rezolva şi problema paternităţii în caz de suprafecundare sau de superfetaţie: dacă mama aparţine grupului I (O), unul din copii grupului II (A) şi cellalt grupului III (B), iar soţul legitim unuia din grupurile II (A) şi III (B), atunci trebue admis şi existenţa unui al doilea tată din grupurile III (B) sau II (A).

Stabilirea compatibilităţii sanguine şi determinarea grupului sanguin se fac prin una din metodele următoare: Levaditi-Walsh (1914), Epstein-Ottenberg, Douris, Nürnberger, Jeanbran-Girand (metode directe); Turmer, Rous (1916), Beth-Vincent (metode indirecte).

Lattes (în comunicarea făcută, în 1927, la Institutul Internaţional de Antropologie) atrage atenţia asupra diverselor cauze de eroare în interpretare: 1) falsă aglutinare provocată de microbii din sânge; 2) aglutinarea prin acţiunea frigului (la o temperatură de 0° până la — 4°).

4. Ca un ultim semn al indentificării biologice vom releva lucrarea lui *Dervieux*: proprietăţile antiserului cu sperma de om, care posedă o mare putere precipitantă cu serul sanguin al părintelui prezumtiv sau cu acela al copilului.

Experienţele în această direcţie au fost reluate de *Krainskaja-Ignatova* care a stabilit că: 1) sperma posedă semnele proprii grupului sanguin al individului respectiv; 2) aceste proprietăţi de grup se identifică nu numai în sperma din chiar momentul ejaculării ci şi în petele spermatice.

F. Expertiza medico-legală

1. In cadrul celor două limite fixate de lege, medicul legist, ţinând seama de capriciile naturii (*Lobstein*, la un total de 712 parturiente moşite, a notat naşteri tardive în proporţia de 1 la 67, iar alţii au notat naşteri premature cu mult înaintea celei de a 180-a zi), va admite *de plano* posibilitatea unei întârzieri peste a 300-a zi şi a unei anticipări asupra celei de a 180-a zi, fără însă a accepta o naştere tardivă peste a 320-a zi.

2. Va da o deosebită atenţie şi datei impregnării femeii, după o uşurare imediat anterioară. E în general admis, că femeea care nu'şi alăptează pruncul, poate fi fecundată după a 6-a săptămână dela facere (după a 4-a numai în caz de avort), când se iveşte din nou menstruaţia.

Se cunosc însă şi cazuri de fecundare anticipată: prima ovulaţie e posibilă în primele 2 sau 3 săptămâni *post partum*, chiar în a 10-a zi a lăuzii; impregnare după 7 zile dela facere (*Waeber*, 1918); coit imediat după uşurare (*Jens Paulsen*); coit la începutul durerilor facerii ori în a 4-a zi de lăuzie (*Blumenreich*); impregnare imediat după naştere (*König*, *Novak*, 1921).

3. Va căuta să stabilească, pe cât posibil mai exact, data când, pentru întâia oară, femeea a simţit mişcările fătului, având drept criteriu faptul în genere verificat că, la o primipară, aceste mişcări se pronunţă la 4 luni şi jumătate, pe când la o multipară mult mai de vreme, la 4 şi chiar la 3 luni şi jumătate.

4. Nu va uita să examineze şi anexele, atunci când are posibilitatea, o placentă sub 500 gr. fiind minimul pentru un copil la termen, normal, iar una de aproape 330 gr. neputând aparţine unui făt de 180 zile. Degenerescenţa grăsoasă sau atrofia vilozităţilor placentare, notate în 7 cazuri de *Tourdes* şi *Morel*, sunt un semn de probabilitate a naşterii tardive. Deasemenea, caducitatea cordonului ombilical.

5. Urmând să stabilească vârsta copilului şi după criteriul desvoltării lui intra-uterine, va ţine seama de indicaţiile date, în ce priveşte **suprafecundarea**. Gemenii dintr'un singur ou sunt de acelaş sex, au comune chorionul şi o placentă simplă. — O femee naşte doi gemeni biomfalieni — o placentă, 2 amnioase, 2 cordoane. Desvoltare aproape egală. Unul e emicefal.

Naşterile multiple (mai mult de doi gemeni) — cari sunt produsul unor repetate fecundări după ultima menstruaţie — au fost observate în mai multe rânduri. Feţii însă sunt, de regulă, inegal desvoltaţi ceeace se explică că unul sau unii cresc în dauna celorlalţi într'un spaţiu atât de redus cum e cavitatea uterină.

Trigemeni (după *Voigt*, în proporţie de 1 la 8.000 naşteri gemelare simple): 1 Tus-trei în ouă separate, unul cu desvoltarea normală a copilului la termen, iar ceilalți doi piperniciți (ca feții de 4 și 5 luni). — 2 O femee a născut 2 fete (2150 și 2720 gr.) și un băiat (2950 gr.), tus-trei vii *(Pinard)*.

Quadrigemeni (în proporție de 1 la 3.700.000 nașteri simple): 1. O femee (Catinca Gavrilaș, Jud. Iași) a născut 4 copii (2 băeți și 2 fete), morți la câteva minute după naștere *(Bogdan)*. — 2. O femee de 37 ani (mamă a 7 copii și fără a mai fi avut o sarcină gemelară) naște succesiv 4 fete bine conformate și vii: una de 1.600 gr., alta (după 4 ore), de 2.000 gr., a treia (după o altă oră) de 2.500 gr., și a 4-a (după o altă oră) de 3.000 gr. O placentă unică foarte mare și cu 4 cordoane separate *(„Revue gynécologique et obstétricale*, 1905). — 3. Austriaca Scheinberg, moartă acum douăzeci de ani, a dat naștere la nu mai puțin de 69 copii și numai cu faceri multiple: de 4 ori câte 4 gemeni, de 7 ori câte 3 și de 16 ori câte 2.

Naștere quintuplă: 5 băeți vii, în greutate fiecare de 2.000 gr., morți după 48 ore *(„Lyon Medical"*, 1899).

6. **Superfetația**, adică o nouă concepțiune la un interval relativ mai lung dela prima fecundare și nu în timpul aceleiaș ovulații (1—3 zile). Combătută de *Ruge* (1918) pe considerațiunea că „în timpul sarcinii nu mai e posibilă o nouă ovulație", superfetațiunea e dimpotrivă afirmată de alții, bazați pe observația lui *Hofmeier:* nașterea a doi gemeni maturi, dintre cari unul într'o stare de macerare înaintată, iar al doilea viu. Cu patru săptămâni înainte de expulzare, femeea a avut dureri false. Probabil, explică *Hofmeier*, că la aceea epocă a murit fătul născut macerat, iar copilul viu a fost conceput la 3—4 săptămâni după zămislirea celui mort. Iar *Breiski* ne servește observațiunea și mai concludentă: în placenta unui făt desvoltat normal s'a găsit un embrion bine conservat (de 6 săptămâni), cu deciduă proprie.—*Generali:* o femee naște la 17 Februarie, un băiat matur; la 14 Martie naște un al doilea băiat tot la termen; la autopsie s'a găsit un *uter dublu.* (Această anomalie a uterului didelf, foarte rară, a fost verificată și acum în urmă: ambele utere — fiecare cu câte o trompă și un ovar — împreunate printr'o fâșie de țesut care le solidarizează la nivelul colurilor: două coluri și un singur vagin — *Max Thoreck* — Chicago, 1929). Apoi sunt cazurile de superfetație comunicate de *Mayer* și *Rennert:* o sarcină intrauterină și una tubară (făt de 5 luni în uter și embrion de 6 săptămâni în trompă).—O femee naște un bicefal (unul din capete alb, celalt negru); avusese, la interval de o săptămână, raporturi sexuale cu soțul ei și cu un Negru. *(Prus*, 1848).

Hofmann explică superfetația fie prin continuarea sau reapariția menstruației în timpul sarcinii, fie prin existența unui uter dublu.

De notat însă, că nu va fi superfetație atunci când un făt insuficient desvoltat și mort sau chiar în stare embrionară e expulzat înaintea celuilalt gemene (care a mai rămas în uter să se desvolte până la maturitate): într'un atare caz avem ceeace se numeşte *avort parțial*.—Se poate întâmpla şi cazul următor: fătul matur şi fătul nedesvoltat şi mort în uter sunt expulzați simultan şi atunci un criteriu de apreciere e gradul de macerare a fătului mort. Deaceea se impune mamoşului sau moaşei datoria ca, imediat după uşurarea femeii, să facă o explorare a uterului, spre a se încredința dacă organul sau trompa nu continuă a fi gravide.

Dacă expulzarea nu e simultană, ci între aceea a unui făt şi expulzarea celuilalt e un interval mai mare de câteva ore, şi dacă a doua expulzare a depăşit termenul legal (după decesul soțului sau transcrierea sentinței de divorț), expertul va avea să se pronunțe asupra legitimității celui de al doilea copil.

Deasemenea va avea să se rostească în cazul când o femee. născând un copil mort, prezintă, ca născut tot de ea, un al doilea copil expulzat după un interval mai mare. Există bănuială de substituire *(art. 275 c. p.)*.

7. **Sarcina simulată**: femeea văduvă (prin deces ori prin divorț), având un interes de moştenire, prezintă un nou-născut strein drept al ei. Expertul va avea de examinat pe însăş mama, spre a se încredința că prezintă semnele unei parturițiuni recente.

8. **Femeea văduvă gravidă înaintea expirării celor 10 luni de văduvie** (impuse prin *art. 210* şi *278 c. c.)*.—Al cui va fi copilul născut după 6 luni (180 zile) dela celebrarea celei de a doua căsătorii şi totodată înainte de 10 luni (300 zile) dela desfacerea celei dintâi? Şi *Alexandresco* răspunde că soluția o vor da tribunalele, pe baza expertizei medicale (constituția copilului, durata gestațiunii, semnele morfologice, etc.).

9. **Absența soțului** *(art. 286 c. c.)*.—Comentând această cauză de tăgadă a paternității, *Alexandresco* observă că internarea bărbatului într'o casă de sănătate în timpul în care zămislirea a putut să aibe loc (intervalul de 121 zile care separă gestațiunea cea mai scurtă de cea mai lungă), e o prezumție pentru tăgada paternității. Expertul, după ce în prealabil va fi constatat data internării, va avea să se convingă şi de absența oricărui semn de identificare comun copilului şi smintitului. Expertiza, în cazul alienației mintale a soțului, poate să se producă şi cu aplicarea *art. 290 c. c.* (termenul maxim pentru intentarea acțiunii de tăgadă), de oarece, pe cale de interpretare, termenul legal (una sau două luni, după cum smintitul e internat în țară ori în streinătate) acordat alienatului curge abia din ziua când a putut să aibă cunoştință despre naşterea copilului.

10. **Copilul fruct al seducerii.**—*Art. 307 c. c.* permite cercetarea paternității «la caz de răpire, când epoca răpirii va corespunde cu aceea a concepțiunii». Deasemenea, după unii comentatori, violul

(*art. 264 c. p.*), trebuie considerat ca o *răpire momentană* și deci poate da loc la cercetarea paternității (urmând numai ca, în conformitate cu *art. 286 c. c.*, judecata să verifice momentul concepțiunii). Dar dacă nașterea se produce după 300 zile dela ziua răpirii, în ipoteza admisibilă că primul raport sexual n'a avut loc chiar în ziua răpirii, ci după câteva zile sau chiar o săptămână sau câteva săptămâni, e loc de expertiză pentru ca medicul să fixeze durata gestațiunii și să indice eventualele semne morfologice de identificare. Pentrucă, fără a merge atât de departe ca *Vicq d'Azur*, care deschide un credit nelimitat femeii în genere, atunci când e vorba de seducerea unei fecioare trebuie să ne călăuzim de maxima „*Virgini paturienti creditur*", care e baza legiferării în ce privește cercetarea paternității în țări ca Elveția, Statele-Unite, Anglia.

* * *

Misiunea expertului e considerabilă, nu numai întru apărarea drepturilor copilului dar și atunci când soțul, absent sau divorțat, ține să se încredințeze de realitatea paternității lui. Toată greutatea judecății stă în mâinile medicului legist.

Din cauza limitelor imutabile de 180 și 300 zile, expertului român ca și celui francez i se cere o mai mare sforțare decât celui englez, de exemplu, căruia i se lasă latitudinea de a invoca orice cauză medicală de creștere a duratei fiziologice a sarcinii. In intervenția lui pentru evitarea unei nedreptăți are, însă, sprijinul umanei interpretări a instanțelor judecătorești:

I. Nimic nu demonstrează că nașterea tardivă n'ar putea fi datorită uneia din acele împrejurări extraordinare, unuia din acele capricii ale naturii a cărui victimă să nu fie copilul. (*Curtea de Apel din Limoges*, 1840).

II. „Numai adulterul nu este îndestulător pentru a se face dovada de nepaternitatea bărbatului, căci se poate întâmpla ca bărbatul să fie tatăl copilului, cu toate că soția i-a fost infidelă". (*Trib. Ilfov*, 25 Febr. 1887).

III. Pentru eventualitatea când, pentru rațiuni tenebroase, fecioara răpită, remăritându-se cu un bărbat altul decât răpitorul, ar conveni să atribue soțului legitim (cu consimțământul acestuia) paternitatea copilului născut la termenul legal minim (180 zile) socotit dela epoca răpirii, însă înainte de a 180-a zi dela celebrarea cununiei, deci conceput în epoca răpirii, se poate cu temeiu invoca o jurisprudneță a Casației noastre: „Prezumpția *pater is est*...", în virtutea căreia copilul născut sau conceput în timpul căsătoriei (prin analogie, la epoca răpirii — Nota noastră) are de tată pe bărbatul mamei sale, este stabilită de lege *numai în favoarea copilului* și *în interesul său*, astfel că această prezumție de legitimitate (*paternitatea prematură a soțului legitim în cazul nostru* — Nota noastră) nu poate fi invocată decât de copil sau de moștenitorii săi, când au interes s'o facă, *iar nu și de către alții, în contra interesului copilului*". (*Casația S. I.* Dec. 1912; *Cas. S. I*, 30 Septembrie 1913). Adică, în ipoteza, că soțul legitim al fecioarei răpite n'a recunoscut copilul, răpitorul sau rudele lui nu pot cere justiției să proclame o paternitate legitimă inexistentă, spre a preveni proclamarea paternității reale, aceea a răpitorului, atunci când copilul sau curatorii lui ar reclama-o. Expertul va demonstra, că pruncul n'a putut fi conceput în timpul mai scurt de 180 zile dela celebrarea căsătoriei și puțin timp după răpire.

IV. Declarațiunea publică făcută la ofițerul stării civile, despre nașterea copilului din tată legitim, exclude ideea de orice fraudă, de orice ascundere de naștere *(Trib. Ilfov*, 1893). — Importanța obligațiunii legale pentru mamoș ori moașă (atunci când soțul lipsește sau e în imposilitate de a o face singur) de a declara nașterea copilului.

V. „Mențiunea făcută într'un act de naștere că copilul este născut din tată necunoscut nu are nici o valoare, *dacă mama lui e o femee măritată*, actul de căsătorie al soților stabilind singur calitatea de copil legitim". *(Trib. Mușcel*, 7 Mai 1923). Expertul are numai să demonstreze că nașterea a avut loc în termenul legal.

VI. „Dacă bărbatul cunoștea nașterea copilului și totuș nu l-a dezavuat în termen (art. 287 c. c.) în timpul cât a trăit, deoarece fiind presupus c'a renunțat la acest drept, moștenitorii lui nu l-ar mai putea exercita" *(Cas. S. I*, 1914).

VII. Acțiunea în tăgadă a paternității nu poate fi intentată decât de tată și nu poate fi opusă pe cale de excepție de către o persoană streină *(Trib. Covurlui*, 18 Noembrie 1922).

II. IMPOTENȚA—STERILITATEA

> *«Moindre mal serait point de coeur que point de génitoires».* RABELAIS

Pentru un neinițiat, care pentru întâiași dată ar căuta să se documenteze asupra temeiurilor legale dela noi pentru tăgada paternității, consultarea codului civil, literalmente, l-ar lăsa buimac. Căci dacă, la o cetire superficială, nu dă decât o singură dată peste impotența — desemnată pe înțelesul tuturor sub indicația „neputință trupească" — ca inadmisibilă întru susținerea acțiunii în desavuare (la începutul *art. 287)*, adâncind însă textul, o regăsește de câteva ori, travestită când sub haina „imposibilității de coabitare" când sub aceea de „întrunire între soți". De data aceasta însă, pentru a da pecetea legală argumentului tras din această bicisnicie de către bărbatul, de bună ori rea credință, care cere tribunalului să consfințească repudierea progeniturii cu care l-a dăruit soția. (Și e indiferent dacă pretendentul la numele și averea soțului e deacum născut ori abiă pe drum, pentrucă dreptul de tăgadă a paternității se poate exercita și în timpul sarcinii).

In adevăr, după ce edictează că „bărbatului nu'i va fi iertat să nu recunoască de al său pe copil, sub cuvânt de neputință trupească" — și aceasta „nici chiar pentru cauză de adulteriu (preacurvie)", vine imediat cu un corectiv care anulează tot ceeace precede: „afară numai când nașterea i se va fi tăinuit, la care caz va fi admis a propune *toate faptele proprii a justifica că el nu este tatăl copilului" (art. 287).*

E clar și categoric — nu e așa? „Neputința trupească" nu e un motiv de renegare, dar *totuș este unul*, de vreme ce bărbatului i se îngădue dovada impotenței, că doar absența funcțională constitue neapărat unul din *„toate faptele" proprii* a lumina judecata. Căci, atunci când soțul legitim nici plecat n'a fost, nici internat în balamuc n'a fost, nici în pușcărie n'a stat, nici sechestrat n'a fost în momentul zămislirii, e dela sine înțeles că femeea are interes de a'i tăinui sarcina nelegitimă. Și numai *cu administrarea dovezii impotenței*, un atare bărbat va putea să demonstreze că el nu poate fi tatăl copilului.

Și tot impotența ca rațiune majoră a repudierii o recunoaște legiuitorul, când permite bărbatului să facă dovada că *„a fost în imposibilitate fizică de a coabita cu soția sa, fie din cauză de depărtare, fie din orice alt accident" (art. 286, al. II).* A *coabita* înseamnează a fi apt de a-ți îndeplini datoriile conjugale *(cohabitation = acte par lequel* le mariage est consommé, *acte nommé aussi* copulation *ou* coït.—Dicționarul Littré-Robin). Iar suprimarea unei funcțiuni fiziologice, cum e aceea a fecundării, constitue cel mai caracterizat *„accident"* care pune pe soțul legitim în stare de inferioritate patentă față de complicele la actul de adulter.—Și mai departe (tăgada pe motiv de divorț): *„Acțiunea nu este admisă, dacă* în fapt a *existat* coabitare *între soți";* adică: soțul, în răstimpul judecării cererii de despărțenie, a fost apt de a procrea. E neîndoios că și autorii codului civil această tălmăcire i-au dat termenului „coabitare", căruia puteau foarte bine să-i indice echivalentul mai accesibil priceperii vulgului românesc „raport sexual", care în nici un caz nu e mai tare decât cuvântul „preacurvie" pe care l-a pus în paranteză după „adulter", întru lămurirea norodului (căruia nu-i este îngăduit să invoace scuza necunoașterii unei legi promulgate).

Dar sinonimia între *coabitare* și *raport sexual* o găsim și într'o jurisprudență a tribunalelor noastre:

> „In acțiunea de dezavuare, imposibilitatea de *coabitare* între soți trebue să fie atât de perfectă, încât să fie imposibil a se presupune că soții au putut avea împreună *relații sexuale* cel puțin odată în perioada concepțiunii. Prin urmare, chiar dacă soții au trăit separat și este dovedit în fapt că soția a trăit în concubinaj, sau a avut relații incidentale cu alt bărbat, fără a înceta însă relațiile și cu soțul ei, acțiunea în desavuare a soțului trebue respinsă, căci există *posibilitatea fizică* ca el să fie tatăl copilului". *(Trib. Oradea-Mare.* 18 Noembrie 1921).

Intelesul acesta i-l dă mai explicit insuș codul civil *(art. 287, al. II): „*Nerecunoașterea nu va putea fi primită când a existat *în faptă întrunirea între soți".*

Să nu se socoată prea temerară poziția luată de Trib. Oradea-Mare de a zice lucrului pe adevăratul lui nume, pentrucă alte tribunale, în cap cu Curtea de Casație, au mers și mai departe, dând termenului vag de *„cruzimi"* interpretarea de *impotență* („căsătoriții pot, fiecare in parte, cere desfacerea căsătoriei pentru excese, cruzimi sau insulte grave ce-și va fi făcut unul altuia" — *art. 212)*:

1. . . „Deci violează art. 212 Curtea de Apel care respinge cererea de divorț pe motiv că, după interpretațiunea ce se face într'un sens general art. 212, crede că neputința bărbatului nu intră in nici unul din cauzele determinate de lege" *(Cas., S. II*, decizia No. 150 din 16 Octombrie 1871, B. p. 231).

2. „Deși impotența unuia din soți, parțială sau totală, temporară sau perpetuă, nu e prevăzută ca atare in codul civil actual ca o cauză de despărțenie sau de anulare a căsătoriei (numai pentru evitare de numeroase scandaluri), nu e mai puțin adevărat că, *dovedită*, ea *poate fi considerată ca o cruzime* pentru soțul apt, expunându-l din partea celui neputincios la diferite turmente și suferințe morale și trupești și chiar la adevărate brutalități, cruzimi, ce sunt prevăzute ca cauză de separațiune" *(Trib. Iași, S. II*, 19 Martie 1890).

3. *„Neputința bărbatului*, constatată încă dela inceputul căsătoriei, constitue o *cruzime* pentru soție, deci este un motiv de divorț" *(C. A. Galați, S. II*, 1901).

Pe când *art.* 286 și 287 vorbesc numai de impotența bărbatului, *art. 212* (... *„cruzimi* ... ce'și va fi făcut unul altuia") pune și chestiunea inaptitudinii femeii pentru coit.

Și dacă *impotența*, sub perdeaua atât de puțin transparentă a *„cruzimii"*, e motiv de divorț (unul din soți, bărbatul sau femeea, nerăspunzând scopului căsătoriei: convietuirea a doi indivizi de sex deosebit, spre a asigura trăinicia așezământului familiei, prin procreare), cum i s'ar putea contesta puterea operantă in materie de tăgadă a paternității, atunci când i se zice, mai pe șleau, „imposibilitate fizică de *coabitare*", „inexistența *întrunirii între soți*"?

Firește, era in câștig și morala și echitatea socială dacă, in loc să creeze artificial motive de controversă, legiuitorul nu ocolea cuvântul, lăsând ideea întreagă, neemasculată pentru cine știe să tălmăcească un cuvânt. S'o fi spus, cum face codul austriac *(art. 158)* după care tăgada paternității soțul o poate susține cu administrarea dovezii „c'a fost incapabil de a *procrea* copilul"; sau cum specifică foarte lămurit codul german *(art. 1598)*: „Nu e legitim copilul, dacă împrejurările arată că femeea n'a putut fi *fecundată* de bărbat".

Nu se poate concepe imoralitatea legală care ar consta în a atribui soțului impotent o paternitate, de care îi dai voe celui potent să se lepede, numai pe temeiul atât de șubred al unui calcul de zile, care nici odată nu va fi exact, din cauza unor imponderabile biologice și fiziologice. Ar fi și o contradicție flagrantă de neadmis intr'un statut social.

Impotența fiind dar o cauză primordială a tăgadei paternității, urmează ca, în lumina aplicațiunilor medico-legale, să studiem această infirmitate și la bărbat și la femee. Și aceasta, pentrucă justiția cere expertului să se rostească nu numai asupra facultății procreatoare a bărbatului, dar și asupra aceleia a femeii, in eventualitatea unei substituiri de copil, prin demonstrarea imposibilității fiziologice pentru femeie de a fi conceput copilul pe care vrea să-l atribue soțului sau răpitorului. Expertiza femeii se mai impune in caz de cercetare a maternității, admisă de cod. Avem dar de examinat o impotență masculină și una feminină.

A. Impotența bărbatului

Ea se manifestă sub 2 forme: 1) incapacitatea de a îndeplini actul coital *(impotentia coeundi)*; 2) incapacitatea de a fecunda *(impotentia fecundandi)*. — In prima formă găsim două varietăți: a) *absența sau insuficiența erecțiunii;* b) *imposibilitatea intromisiunii.*—A doua formă se prezintă sub trei aspecte diferite: a) *imposibilitatea intromisiunii:* b) *aspermatism* și *dispermatism;* c) *azoospermie.*

Impotența e congenitală sau dobândită, absolută sau numai relativă, definitivă sau numai temporară, în: absența totală a erecțiunii, ejacularea premorgătoare intromisiunii penisului, imposibilitatea acestei intromisiuni și în azoospermie (absența spermatozoizilor din lichidul spermatic).

Impotența e absolută în dubla absență a erecțiunii și a spermatozoizilor *(impotentia coeundi et fecundandi)*, precum și in absența totală sau parțială a organelor externe și interne (penisul și testiculele).

I. Impotentia coeundi din cauza absenței sau insuficienței erecțiunii

1. Absența totală a erecțiunii; 2) insuficiența erecțiunii; 3) absența definitivă; 4) absența temporară și episodică.

A. ABSENȚA TOTALĂ A ERECȚIUNII:

1. **Absența penisului,** *congenitală* (foarte rară: cazul observat de *Riecke)* sau *dobândită:* accident, mutilare criminală (instrument tăios sau mușcătură de om), săvârșită în stare de luciditate sau intr'un acces de alienație mentală, mutilare datorită unei mușcături de animal mutilare cu caracter etnic, mistico-religios (castrații). Absența dobândită mai poate avea ca origine o intervenție chirurgicală, de exemplu caz de gangrenă a membrului; totuși *Riecke* a observat un caz de *potentia coeundi* ciotul. rămas depe urma gangrenei, in erecțiune atingea 2½—3 cm. și era capabil de copulare *(Casația austriacă,* în 1916, a declarat impotent pe un bărbat cu penisul de 2 cm.).

2. **Constituția neuro-psichopatică** și consecutivă nevrosei traumatice, esceselor sexuale, masturbației cronice (Jean-Jacques Rousseau e un specimen caracteristic al impotenței datorite neurasteniei acute). Slăbirea neurastenică până la suprimarea erecțiunii poate avea de cauză frigiditatea sau chiar numai pasivitatea femeei față de bărbatul care, în dragostea lui pentru dânsa, nu poate concepe un act de infidelitate.

3. **Frigiditatea bărbatului**, care poate fi congenitală. (In 1901 *Casația austriacă* a anulat o căsătorie pe motivul frigidității soțului).

4. **Inversiunea sexuală** întrucât e demonstrat că invertitul a pierdut cu totul facultatea erecției în prezența femeii.

5. **Mizeria fiziologică** consecutivă bolilor cronice (de natură microbiană, diatesică — diabetul, sau acelea cari interesează direct nevraxul). Tuberculoza pulmonară face excepție: numeroase cazuri de tuberculoși cari a avut raporturi sexuale chiar cu câteva ore înainte de moarte.

In bolile de nutrițiune, turburările potențiale sunt de atribuit unor anomalii ale glandelor endocrine: boala lui Basedow, morbul lui Addison.

Pentru leziunile nevraxului (tumorile, hemoragiile cerebrale, scleroza multiplă a creierului și a măduvei spinării), **hydrocefalia** sau un **traumatism** al capului (fractura bazei craniului), **mielita, tabes** *impotenția coeundi* nu e absolut constatată. In adevăr, în paralizia progresivă, instinctul sexual poate fi, la început, exaltat; *potentia coeundi* poate exista chiar în paralizia avansată, dar în cazul acesta rolul activ îl joacă femeia. Cât despre *tabes*, e azi demonstrat că el nu prea interesează funcțiunea coitului. De notat și *priapismul* trecător în unele boli cronice ale măduvei.

Efectele traumatismului măduvei diferă după sediu: *impotență condiționată* pentru regiunea cervicală și toracică; *impotență absolută*, pentru regiunea lombară superioară. Zdruncinarea sau o boală a porțiunii sacrale a măduvii provoacă erecțiunea, cu toată insensibilitatea penisului. Dar chiar în mizeria fiziologică generală se înregistrează excepții surprinzătoare.

6. **Bolile mintale** suprimă uneori erecțiunea (*idioția și imbecilitatea congenitală*) dar câteodată o și exaltă. In *cretinism* (în afară de anomaliile de desvoltare, datorite turburărilor funcționale ale glandei tiroide), din cauza opririi în desvoltarea organelor genitale, funcțiunea coitului e suprimată. Nu urmează, însă — după cum cu drept cuvânt observă *Wagner-Jauregg* — că între inteligență și *potentia coeundi* ar exista un raport direct de cauză la efect. Există intelectuali superiori, flegmatici și lipsiți de energie, la cari funcțiunea erecțională e suprimată.

7. **Fractura basinului** suprimă erecțiunea, cu toate că *libido* persistă.

8. **Alcoolismul cronic acut, morfinomania.**

9. **Bătrânețea înaintată** ar fi o cauză de suprimare a erecțiunii, dar sunt atâtea excepțiuni, cunoscute de noi personal, încât nu se poate fixa o limită de vârstă, ci trebue examinat fiecare caz în parte, după gradul de slăbire a organelor genitale externe, iar *Tourdes* admite erecția și la un centenar dacă s'a păstrat bine. *Casper* citează cazul unui octogenar care, cu tot cancerul testicular, a avut erecțiuni fecundante.

10. **Copilăria.** — Erecțiunea, fără sensație sensuală, nu numai precede pubertății, dar ea se observă și la sugaci, chiar la copii de o zi. Copii, chiar numai de 12 ani, sunt capabili de coit.

B. INSUFICIENȚA ERECȚIUNII

1. **Neurastenicii din prima perioadă**, la cari o slabă erecțiune se manifestă prin spermatoree, poluții nocturne.

2. La indivizii prea grași — dystrofia adiposo-genitală: polysarcia, bărbații flegmatici, lipsiți de energie.

C. ABSENȚA ERECȚIONALĂ DEFINITIVĂ

1. Depresiunea nervoasă generală, *acțiunea inhibitrice a toxinelor sau a otrăvurilor, distrugerea directă a centrilor erecțiunii.*
2. Infiltrațiunile patogenice cronice ale corpilor cavernoși.

D. ABSENȚA ERECȚIONALĂ TEMPORANĂ ȘI EPISODICĂ

1. Impotența novicilor, sub imperiul nesiguranței de a reuși coitul de deflorare. (Stare psihică descrisă și de Montesquieu în *Essais).* Sau impotența soțului stătut, în momentul când e să reia raporturile cu o femee dorită, dar care de obiceiu il ține la distanță. Sau a amantului prea aprins la care se produce „pana" tocmai în momentul psichologic. Însfârșit, influența amenințării că i se va face farmece.
2. Bolile infecțioase febrile, bolile cronice neacute, intoxicațiile. Sunt și excepții.
3. Bolile locale: *blenoragia cronică* și *prostatita cronică.*
4. Intoxicația cu CO. — Tipic e cazul raportat de *Fodéré:* un bărbat de 40 ani a rămas impotent timp de 6 luni, cu toate sforțările soției pe care totuș o iubea la nebunie.
5. Scârba ce ți-o inspiră femeea (vârstă, sluțenie, infirmitate, aversiune de ordin moral) sau dimpotrivă, aberațiunile de înclinațiune tocmai pentru femei bătrâne urâte, cu oribile defecte fizice. (1. Impotență bruscă în chiar noaptea nunții, pentrucă fecioara eră acoperită, dela sâni până la genunchi, cu deși peri negri, lânoși — *Strassmann*; 2. impotent cu soția lui de o rară frumusețe și ardent cu femeile bătrâne ori marcate printr'un viciu de conformație, diformitate naturală ori accidentală, chiar cu un viciu cum ar fi ectopia beșicii udului).
6. Scârba ce ți-o inspiră numai vederea regiunii genitale a femeii, în schimb erecțiunea provocată de atingerea altor părți ale corpului femeii, sau chiar ejacularea la o simplă desmierdare.
7. Masoșismul, sadismul, fetișismul.

⁂

Din descrierea diverselor forme și grade ale absenței erecționale, se vede că această infirmitate poate fi *congenitală* sau *dobândită, absolută* sau *relativă.*

II. Impotentia coeundi din cauza imposibilității de intromisiune a penisului în vagin.

Această impotență este în funcțiune de gradul de desvoltare a membrului (lungime și volum), de vicii de conformație ale acestuia, de tumori ale scrotumului.

1. Lungimea penisului.

a) Penisul atins de un excesiv grad de infantilism, care se poate observa și în gigantismul infantil sau gigantismul eunochoid. Atrofia penisului se poate produce și mai târziu, în urma turburărilor în domeniul glandelor endocrine, după cum o dovedește, între altele, observația lui *Epstein:* la un bărbat de 52 ani, în urma unei tumori hypofisare, s'a notat atrofiarea genitalelor, cu degenerare grăsoasă, căderea perilor pubisului, întocmai ca la castrați. De remarcat că nu orice pitic e impotent; funcțiunile genitale lipsesc numai la piticii chondro-dystrofici și rachitici, și nu la toți. Uneori penisul e numai un rudiment: o mică escrescență cutanată, fără corpi cavernoși și fără gland, transpusă pe perineu.

b) **Penisul ciuntit:** consecință a unei mutilări criminale sau mistice, a unei automutilări, a unei operații chirurgicale sau a unui accident.

2. **Volumul penisului.**

a) **Elephantiasis al penisului.** Dimpotrivă s'a observat că penisul hipoplastic (infantilism, eunochoidism, castroid), sub influența erecțiunii, poate dobândi un volum suficient intromisiunii.

b) **Indurația corpilor cavernoși.**

3. **Anomaliile penisului și ale scrotumului.**

a) **Spintecarea penisului** — formă foarte rară. Potenția coeundi nu e exclusă, prin împreunarea celor două jumătăți, formându-se un penis simplu.

b) **Penisul dublu** exclude coitul, chiar când cel de al doilea e mai mic; ablațiunea acestuia din urmă permite coitul.

c) **Spintecarea glandului** permite coitul.

d) **Glandul cu excrescențe cutanate** (un caz observat de *Strassmann* în 1929: gland cu excrescențe cutanate, în formă de coarne).

e) **Glandul dublu** exclude coitul.

f) **Penisul accesoriu**, fixat pe perineu, poate numai stingheri, nu însă suprima coitul.

g) **Ruptura traumatică a penisului** suprimă coitul.

h) **Absența glandului** reduce coitul, pentrucă fricțiunile glandului au mare importanță pentru provocarea orgasmului și la bărbat și la femee.

i) **Scrotum spintecat:** o cută cutanată transversală acoperea penisul ca o perdea, așa că la erecție *membrul* venea în jos *(Lichtenstern)*.

j) **Angiospasmus al penisului.**

k) **Epispadias:** uneori o desvoltare rudimentară a penisului.

l) **Hypospadias:** uneori o desvoltare rudimentară a membrului.

m) **Deformarea penisului în momentul tentativei de intromisiune**, din cauza tracțiunii exercitate, în timpul erecției, de cicatricile consecutive unei mutilări ori gangrenei.

n) **Elephantiasis scrotal, hernia scrotală, laterală, hernia scrotală ireductibilă bilaterală** maschează penisul și acesta, deși în stare de erecțiune, nu se poate introduce în vagin.

o) **Synochos**, — penisul sudat cu scrotumul.

p) **Lungimea exagerată a frâului**, care e cauza unei senzații dureroase, în momentul tracțiunii.

III. Impotentia fecundandi din cauza imposibilității de intromisiune

In afară de cazurile mai sus descrise, ea mai poate fi datorită unui viciu de conformație a organelor genitale externe și medii ale femeii. In caz de orificiu himenal prea strâmt, membrana ori e incizată ori e scoasă cu totul.

IV. Impotentia fecundandi datorită aspermatismului şi dispermatismului.

A. Aspermatismul (absența ejaculării) se prezintă sub două forme:

1. *Aspermatismul funcțional* consecutiv unei obstruări a căilor de excrețiune a lichidului seminal de compoziție normală. A nu se confunda obstruarea cu *micimea excesivă a meatului* care nu impiedică ejacularea.

2. *Aspermatismul involutiv* — absența ejaculării sub o influență psihică şi aceasta cu toate că nu există nici o obstruare în căile de excrețiune, dovadă poluțiunile.

B. Dispermatismul e acea formă a impotenței în care lichidul seminal se risipeşte inainte de a ajunge la destinație, adică ejacularea e premergătoare intromisiunii.

* * *

Aspermatismul real şi dispermatismul îşi au de obiceiu originea în leziuni ale canalelor excretoare. In caz de leziune medulară, ejacularea întârzie sau lichidul seminal iese numai în picături. Ablațiunea unei părți a peretelui vesicular, a prostatei şi a ambelor vesicule seminale, stingherește ejacularea. Neurastenia sexuală se manifestă, nu numai prin absența complectă a ejaculării, ci şi prin spermatoree, poluțiuni dese şi ejacularea prematură cu incetarea rapidă a erecțiunii. Deflorarea e anevoioasă, aproape imposibilă, chiar dacă acelaş penis poate pătrunde în genitalele unei femei deja deflorate.

1. Obsturarea pereților canalului sau existența unor tumori invecinate.
2. Absența ambelor canale deferente şi a canalului ejaculator.
3. Blenoragia.
4. Hypospadias (care, după sediul meatului, poate fi *balanic, penian peno-scrotal, scrotal, perineal)*, după cum poate fi însoțit de aspermatism sau dispermatism, tot aşa poate să nu constitue o piedecă la fecundare. Interesantă e observația lui *Guder*: un individ, cu meatul în scrotum, era logodit; când, aflând despre aceasta, viitorii socri au voit să strice logodna, fata era deacum insărcinată. Mai e dubla observație a lui *Labalbary*: meatul la rădăcina frâului, in şanțul glandului; cu toate acestea penisul pătrundea destul de adânc, pentru ca ejacularea să se facă direct spre orificiul uterului. Un atare hypospad tată a doi copii; un altul tată a 3 copii.
5. Epispadias, cu orificiul uretral pe fața superioară a penisului, uneori chiar sub symfiză (cu ectopie vesicală). *Hofmann* citează cazul tipic al unui polițist care, deşi insurat de două ori şi a avut numeroase raporturi sexuale, nu şi-a fecundat soțiile: urina pe vine ca o femee.

V. Impotentia fecundandi din cauza absenței spermatozoizilor: azoospermia, sterilitatea masculină

Azoospermia, fie de origină fiziologică fie de una patologică, se poate constata, la microscop, numai cu spermă recent şi normal ejaculată, iar nu prin stoarcere prin apăsarea, pe cale rectală, a vesiculelor seminale. Se recomandă puncţiunea testiculelor.

După unii, absenţa spermatoizilor s'ar putea afirma şi macroscopiceşte, după consistenţa apoasă, mult pigmentată sau coloidală a lichidului spermatic, ceeace nu putem admite ca mijloc de demonstraţie medico-legală.

1. Azoospermia poate fi şi temporară, datorită epuizării trecătoare a vesiculelor seminale, după un coit repetat la orice vârstă. Sunt şi excepţii: identificarea unor spermatozoizi cu mişcări foarte energice în lichidul seminal examinat după ejacularea ultimă, în urma unor numeroase ejaculări, repetate în cursul aceleiaş zile, chiar la interval de numai o oră.

2. Autopsiile au arătat că, întocmai ca marasmul senil, bolile lungi şi istovitoare reduc ori opresc cu totul formarea spermatozoizilor. La tuberculoşii tineri nu se găsesc spermatozoizi.

3. Există şi o azoospermie *congenitală*, după cum avem şi una *dinadins provocată* sau *sterilizarea cu forţa* a criminalilor, epilepticilor şi idioţilor, care se practică în unele ţări ca Statele Unite şi Elveţia şi despre care ne ocupăm mai pe larg la cap. VI.

Acţiunea nocivă absolută a razelor X, cu hotărîre afirmată de *Stiede* (1921) şi *Markovitz* (1923), noi o contestăm. *Strassmann* (1922) citează un caz în care această acţiune a rămas inofensivă; iar *Patzelt* (1923) a observat o regenerare a epiteliului seminal pe care o explică prin aceea, că nu toate canalele seminale sunt distruse prin tratamentul roentgenian.

Nu contestăm însă faptul că unii lucrători din industria roentgeniană devin sterili. Deasemenea tratamentul terapeutic supra-dozat cu razele X poate provoca oligospermie, necrospermie şi chiar azoospermie, dar numai temporar.

A. **Azoospermia fiziologică** e specifică sau copilului impuber sau individului mai curând sau mai târziu epuizat de greutăţile vieţii şi de povara anilor:

1. La copii, azoospermia ţine până la pubertate, a cărei epocă de apariţie variază (*Tourdes*, consultat într'o afacere de recunoaştere a filiaţiunii legitime, în care, în momentul concepţiunii, părintele copilului n'a avut decât 13 ani şi jumătate, a conchis afirmativ, un adolescent de această vârstă putând fi puber şi deci capabil de a fecunda. — *Brouardel* merge mai departe şi admite facultatea procreaţiei la un băiat de 12 ani: era vorba de un neapolitan. — *Klose* a demonstrat paternitatea unui băiat de 9 ani). — Cu toate aceste exemple invocate, *Schaufest* (1924) contestă precocitatea puterii fecundante, pe consideraţiunea că, abia în momentul vârstei fiziologice a pubertăţii, testiculul capătă însuşirea de a fabrica spermă.

Deşi vârsta pubertăţii oscilează între 13 şi 18 ani, se notează şi excepţii. La autopsia unui băiat de 14 ani (mort de meningită purulentă cu habitus complect infantil şi cu puf abia vizibil pe pubis). *Hofmann* a găsit în testicule, şi în vesiculele seminale spermatozoizi vitali, în schimb nu i-a găsit la alţi doi băeţi de câte 15 ani, cu pubisul bine desvoltat. Facultatea de procreare a băiatului ar fi şi în funcţiune de o desvoltare fizică precoce.

La copiii cu creşterea rapidă a scheletului, cu erupţia timpurie a dinţilor, se manifestă caracterele sexuale secundare, cu toate semnele virilităţii şi cu secreţiune de spermă, chiar la 2 ani. E vorba de copii bolnavi, cu simptomele unei tumori cerebrale, care porneşte dela glandula pineală şi duce la distrugerea acestui organ ce, în chip normal, exercită o influenţă moderatoare asupra desvoltării testiculelor. Sau ne aflăm în prezenţa unor tumori ale capsulelor suprarenale; sau, însfârşit, e vorba de o formă hipertrofică a ţesutului testicular intersecretor al glandei pubertăţii. Mulţi din aceşti copii mor curând.

2. **La bătrâni.** — Dreptul roman fixa la 60 ani limita capacităţii de fecundare, iar *Zacchias* a admis vârsta maximă de 70 ani.

Examenul comparativ al spermei, luată din vesiculele seminale, a dat următorul rezultat: la 37 (8 sexuagenari, 20 septuagenari, 9 octogenari) prezenţa spermatoizilor tot atât de vitali ca la un adult (*Duplay*, 1852). *Dien* (1864) a examinat sperma a 105 bătrâni de 64—97 ani şi a găsit spermatozoizi la: 8 din 14 (64—70 ani); 22 din 49 (70—80 ani); 10 din 38 (80—90 ani); absenţa complectă a spermatozoizilor la 4 bătrâni de 90—97 ani. Spermatozidul a fost identificat in sperma unor bătrâni de 87—91 ani (*Simmonds*), 92 ani (*Cordes*), 102 ani (*Florence*). *Haberda* a găsit spermatozoizi la un bătrân cachetic de 82 ani şi la unul de 89 precum şi la cadavre de oameni complect epuizaţi, cu atrofia tuturor organelor şi a ţesuturilor. (*Casaţia austriacă* a declarat fecundant pe un bătrân de 74 ani).

B. Azoospermia patologică e de origine testiculară, epididimară şi funiculară.

1. Originea testiculară.

a) Anorhidia — absenţa ambelor testicule — poate fi *congenitală* (foarte rar notată) ori *dobândită*, consecutivă fie *castrării*, fie unei *afecţiuni patologice* (îmbolnăvirea, comprimarea interioară).

b) Castrarea poate fi: I. *consimţită* (secta religioasă a scopiţilor, corporaţia eunucilor, acei cari se supun unei operaţiuni chirurgicale ineluctabile); II. *inconştientă* (auto-mutilarea alienaţilor deliranţi); III. *auto-mutilarea conştientă* (1. din cauza frigidităţii soţiei, un bărbat de 51 ani şi-a amputat penisul dela rădăcină; un altul, de 33 ani, pentru acelaş motiv, şi-a spintecat scrotum-ul şi smuls testiculele; la nici unul din ei nu s'a notat vreo psichoză caracterizată — *Szkotnicky*, 1928; 2. un bătrân de 70 ani, atins de priapism, şi-a amputat penisul — *Boriss*); IV. *criminală* (gelozie, răzbunare); V. *accidentală* (rănire involuntară cu armă de foc, schilodire în răsboiu, accidente).

Din punctul de vedere al funcţiunilor genitale, e de făcut deosebirea între *castratul complect* (ablaţiunea şi a penisului şi a testiculelor) şi *castratul parţial* (numai suprimarea testiculelor).

In *ablaţiunea totală* nu există nici o posibilitate de fecundare.

In *ablaţiunea parţială* (numai a testiculelor) se disting două specii: *castrarea înainte de pubertate* și *castrarea după vârsta pubertății.*

Anterioară pubertății: azoospermie absolută. Ea poate avea ca origine o mușcătură de animal: un băiat de 15 ani căruia, la vârsta de 6 luni, un câine i-a mâncat penisul, scrotumul și un testicul (*Fritsch*).

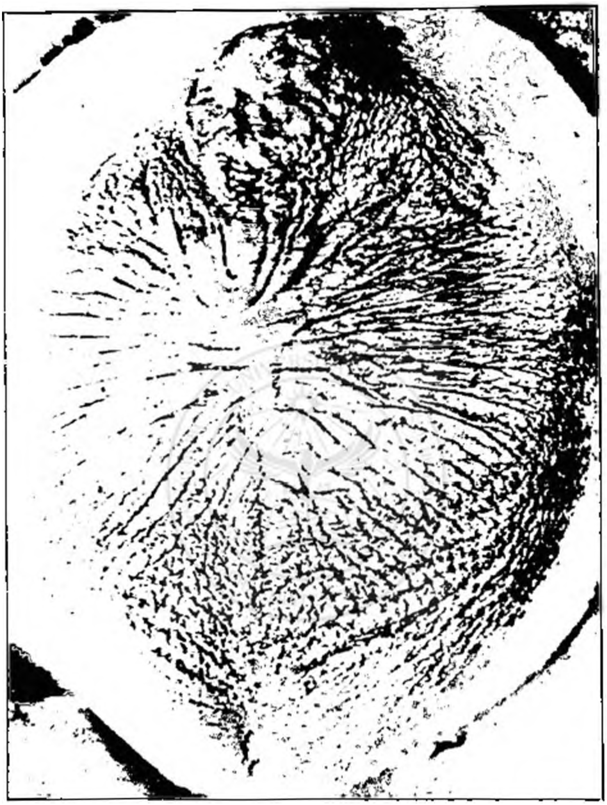


Fig. 7. — *Scopit cu „pecetea mare": castrarea complectă.* examinat și fotografiat la Institutul Medico-Legal din București.

Posterioară pubertății: persistența temporară a erecțiunii și, posibilă, a spermatogenezei.

Despre persistența erecțiunii e concludentă observația (în curs de 29 ani) făcută de *Casper* asupra aceluiaș individ (extirparea chirurgicală a ambelor glande): a avut erecțiuni normale până la 2 ani după operație; erecțiunile au devenit mai rare, dar și după 10 ani mai putea avea, din când în când, raporturi sexuale; apoi funcţiunea erecţională slăbi şi mai mult, până la dispariţia complectă. Persistenţa aceasta a facultăţii erecţionale e confirmată şi de observaţiile noastre proprii asupra scopiţilor cu *pecetea mică* (cruţarea penisului), dar n'am putut nota o durată atât de mare ca aceea indicată de Casper. La unii, erecţiunea încetează chiar după numai câteva luni.

In ce priveşte persistenţa spermatogenezei, aceasta e şi azi discutată, cu toată afirmaţia lui *Taylor* că a observat pe un castrat care, după cicatrizarea rănii, şi-a fecundat soţia. Incercările experimentale pe animale au identificat spermatozoidul în lichidul spermatic numai un timp foarte scurt: 9 zile (*Mazzasa*) şi 31 zile (*Obolensky*). Aceste experienţe confirmă observaţia lui *Krahmer*: o poluţie la 12 zile dela castrarea unui om, ceeace se explică prin faptul că sperma, existând înainte de castrare în vesiculele seminale, poate să mai rămână acolo intactă un timp variabil, dar în orice caz foarte scurt. De aceea trebuie să conchidem că fecundarea mai e posibilă, dar într'un scurt interval dela castrare, cu condiţia însă ca testiculele să fi fost sănătoasă, cu funcţiunea spermatogenetică normală. E astăzi stabilit că suprimarea testiculelor duce la regenerarea prostatei, a vesiculelor seminale şi a glandelor lui Cooper.

Fig. 8. — *Scopit cu „pecetea mare"*: castrare complectă cu cicatrice mari: examinat şi fotografiat la Institutul Medico-Legal din Bucureşti.

A. SCOPIŢII — tagmă mistico-religioasă, în care castrarea e considerată ca adevărata mărturisire a credinţei creştine şi ca singurul mijloc de a-şi asigura un loc în Raiu. Nu beau alcool, nu fumează. Datând din 1757 şi întemeiată în Rusia de Andrei Selivanoff, despre care adepţii cred că n'a murit şi, un al doilea Messia, se va urca într'o zi pe tronul tuturor Rusiilor, secta aceasta a „oamenilor lui Dumnezeu", cum îşi zic ei, poate să numere astăzi câteva mii de „călugări veritabili": cifra exactă e greu de stabilit, pentru că ne aflăm în faţa unei confrerii secrete, din care fac parte şi femei.

In treacăt vom pomeni, că primele secte creştine de adepţi ai castrării au fost fondate de Origen şi Leonţiu din Antiochia, prin interpretarea ce au dat-o cuvintelor evangelistului Mateiu: „Dacă ochiul tău drept e pentru tine un prilej de a păcătui, scoate-l şi aruncă-l departe; dacă mâna ta dreaptă e pentru tine prilej de a păcătui, taie-o şi arunc'o departe de tine, pentrucă e mai folositor pentru tine ca unul singur din mădularele tale să piară, decât întreg trupul tău să fie sortit gehenei". Secte de castraţi au existat şi in America; dar, in urma asprelor sancţiuni aplicate, acţiunea de prozelitism a fost repede paralizată. Castraţiunea a existat şi în culturile neamurilor semitice şi păgâne (preoţii Cybelei).

Contribuţiuni de o deosebită valoare la studiul scopiţilor in România constitue monografiile lui *Pittard* (1903), *Walter Koch* (1921).

1. **Bărbaţii**: unii cu *pecetea mică* (ablaţiunea testiculelor — „cheia iadului"); alţii cu *pecetea mare* (suprimarea şi a penisului „cheia prăpastiei" — prăpastia fiind genitalele femeii). Instrumentele intrebuinţate pot fi: un fier inroşit in foc, un cuţit de bucătărie, un briciu, o coasă, o seceră, un satâr. Oprirea hemoragiei se face cu piatra acră, sulfat de cupru, iar pansarea cu untdelemn, ceară, diverse alifii cu formule secrete. Pentru evitarea retenţiunii urinare şi a stricturilor cicatriciale, se introduce, imediat după castrare, un dop subţire de zinc in orificiul uretral.

2. **Femeile**. — Sau exciziunea ovarelor, sau numai ciuntiri cari să reducă posibilitatea coitului: tăiarea clitorisului şi a buzelor mici, ca astfel să se producă o strâmtare cicatricială a orificiului vaginal; extirparea sau spintecarea mameloanelor, sau ablaţiunea parţială a mamelelor.

Fig. 9. — *Scopit cu „pecetea mică": castrarea incompletă* — numai ablaţiunea testiculelor; examinat şi fotografiat la Institutul Medico-Legal din Bucureşti.

Regula tagmei considerând drept un păcat capital desgolirea regiunii genitale mutilate faţă de un „necredincios", cu mare greutate ne-a fost cu putinţă să facem observaţiile de mai jos (luând totodată şi clişee fotografice):

I. *Pecetea mare*: 1. Castrat la 14 ani (de propriul său părinte, care nu s'a castrat decât abia la 60 ani). Nu are nici o pornire sexuală. — 2. La 18 ani. Din penis subsistă un ciot. N'are porniri sexuale. — 3. Auto-castrare la 26 ani („porunca evangheliei"): întâiu penisul, apoi testiculele. N'a avut nici inainte raporturi sexuale. — 4. La 12 ani: intâiu testiculele, apoi penisul din care subsistă un ciot. — 5. A fost insurat şi s'a castrat după naşterea celui de al 3-lea copil. — 6. La 18 ani, de propriul său tată care, ţinând cu stânga întreg aparatul genital, l-a tăiat cu dreapta dintr'o singură lovitură de cuţit. — 7. Cu briciul. A zăcut 3 săptămâni.

II. *Pecetea mică*: 1. La 9 ani. Penisul infantil, n'are erecţie. E furios că l-au făcut neom: bea vin şi nu se ţine de regulile sectei. — 2. La 15 ani (de către unchiul său). Urinează des, mai ales noaptea, intotdeauna cu dureri.

3. Caracteristicele comune: 1. pielea veştedă, palidă; 2. părul capului bogat; 3. spân sau barbă rară numai la bărbie şi la comisurile gurii; 4. peri rari pe trup şi la subsiori; 5. regiune, păroasă pubienă de tip femenin; 6. sprincene stufoase; 7. faţă sbârcită; 8. o foarte mică desvoltare a nivelului faringian limfatic; 9. glanda tiroidă extrem de atrofiată că abea e perceptibilă; 10. lungimea neobicinuită a membrelor superioare şi inferioare; 11. localizarea grăsimii la pleoapele de sus, la mamele (gynecomastia), în regiunea epigastrică, pe pubis şi trochanteri; 12. vocea piţigăiată.

Observaţiile noastre coroborează pe acele ale lui *Pittard*, in ce priveşte desvoltarea fizică: 1. castrarea intârzie sau reduce creşterea absolută şi relativă a bustului, capului, frunţii, feţei (lateral şi în înălţime); 2. intensifică sau accelerează creşterea absolută şi relativă a taliei în genere, a membrelor inferioare şi superioare şi, probabil, şi a urechii, în particular.

4. Tipurile: I. tip comun (statură mijlocie); II. statură de uriaş slab; III. tip hyposfisar: a) acromegal; b) cu adipozitate hipofisară. La unii o *cifosă a regiunii dorsale* a coloanei vertebrale. *Radiografia capului:* şeaua turcească şi sfenoidele normale; în schimb, la unii, atrofia oaselor capului.

⁂

B. EUNUCII — al 3-lea sex (cum i-a botezat Balzac) — formau, la vechii Romani, trei clase: a) *spadones* — suprimarea unui singur testicul (erau capabili de fecundare şi aveau voie să se însoare); b) *thadai* sau *thasiai* — cu ablaţiunea ambelor testicule. (După *Juvenal* aveau mare căutare la vechile Romane, pentrucă raporturile cu ei nu erau legate de primejdia sarcinei; se întâmpla însă şi contrariul, deoarece, in momentul castrării, unele vase seminale scăpau distorsiunii); c) *eunucii veritabili* (castrarea complectă).

c) **Monorchidia** (absenţa unui testicul) nu implică azoospermia.

d) **Cryptorchidia** (testiculele neaparente, necoborite în scrotum) e relativ rară (la examenul a 10.000 recruţi, *Marshall* n'a dat decât peste un singur caz).

In ce priveşte funcţiunea spermatogenetică, părerile continuă a fi împărţite. Deoparte, noi, alături de *Taylor* (4 cryptorchizi cu progenituri) şi *Beigel* (spermatozoizi, în cantitate normală, în lichidul seminal al unui cryptorchid de 22 ani) proclamăm facultatea fecundării; de alta, *Zacchias, Curling, Liegeois*, şi alţii tăgăduesc existenţa acestei funcţiuni la cryptorchizi. Alţii, însfârşit *(Felizet, Brama)* admit excepţii. *(Voltaire* era de partea celor dintâi: comentând în batjocură deciziunea din 1663 a Papei Sixt V, prin care se interzicea însurătoarea cryptorchizilor, observă că Franţa a numărat trei fraţi, membrii ai familiei regale, dintre cari unul cu 3 testicule, unul numai cu un singur testicul; iar al treilea, fără nici unul aparent, era cel mai fecund dintre tus-trei).

Triorchismul e rar.

e) **Ectopia testiculară** implică sterilitatea; excepţional, putem înregistra o putere procreatoare trecătoare.

f) **Degenerarea grăsoasă** (în alcoolismul acut şi în obesitatea precoce): *azoospermie de regulă verificată.*

g) **Atrofia testiculelor:** 1. *congenitală;* 2. *senilă;* 3. *oprirea desvoltării glandelor* (datorită fie infantilismului, fie unei afecțiuni patologice sau unei turburări mintale).

1. Atrofia congenitală e foarte rar observată.

2. Atrofia senilă, cu excepția senilității organice precoce, apare de regulă după 60 ani.

3. Atrofia infantilă e în legătură cu întreaga oprire a desvoltării fizice a individului. Dar această atrofie se poate observa și la bărbatul normal desvoltat (*Aschoff* 1919).

4. Atrofia, având ca origine turburările mentale, se observă la idioți.

5. Tumorile cerebrale împiedecă desvoltarea glandei embrionare. — Leziunile nervului spermatic sau leziunile centrilor nervoși (de care e legat nervul spermatic): deobiceiu porțiunea inferioară a măduvei spinării uneori o porțiune mai ridicată, alteori cerebelul. — Cachexia malarică *(Borelli)*.

6. Masturbația precoce (*Albert*: atrofia testiculelor și a prostatei la un onanist de 29 ani).

7. Inflamațiile sifilitice sau traumatice. — Comprimarea continuă exercitată de tumori: hydrocele și varicocele, mari hernii scrotale.

8. Elephantiasis al scrotumului. — Spintecarea nervului spermatic. — Orchita bilaterală.

9. Intoxicațiile provoacă atrofia testiculară bilaterală. — Bolile infecțioase (tifosul, variola, oreionul epidemic).

10. Frecări intensive ale testiculelor. — Purulența testiculelor după răniri cutanate sau superficiale ale părților genitale.

11. Diareele epuizante la copii.

12. Tromboza arterei spermatice interne care pentru testicul, are importanța unei endarterii.

2. Originea epididimară și funiculară.

Azoospermia de această dublă origine își are geneza în epididimita dublă, în funiculita blenoragică, cari au de consecință obliterarea bilaterală a epididimului, așa că lichidul ejaculat e secretat numai de vesiculele seminale, de prostată și de glandele lui Cooper.

Azoospermia consecutivă blenoragiei e de o deosebită frecvență: 23—33% din cazurile de sterilitate masculină *(Neisser)*; 73—80% *(Finger, Fürbringer)*.

Sunt și asemenea azoospermii temporare, prin desobstrucțiunea epididimului (*Gosselin* citează cazul unui individ care, după 10 ani, și-a putut fecunda soția).

B. Impotența femeii

Zicem dinadins impotența și nu sterilitatea femeii, pentrucă sunt două noțiuni cu sfere de volum diferit: o femee, deși are organele interne apte la fecundare, rămâne totuș stearpă din cauza unui viciu de conformațiune care poate fi o piedecă la *coit* și la *impregnare*, — și atunci firește că e exclusă și posibilitatea concepțiunii. Așa dar, deși, sub raportul funcțiunii concepționale e perfectă, femeea e totuș sterilă, din cauza stării ei de inferioritate din punctul de vedere al primelor două faze ale fecundării: *coitul* și *impregnarea* — și astfel e lovită de neputința trupească de a zămisli.

Urmează dar să privim sterpiciunea femeii prin două prisme: 1) aceea a coitului; 2) aceea a impregnării și a concepțiunii.

1. Impotentia coeundi.

Poate avea o întreită origine: una psichică, una nervoasă și una anatomică.

A. **Impotența psichico-nervoasă.** — 1. *Femeii îi e scârbă de bărbatul în genere* și deși, cedând unor presiuni, e formal și legal măritată, ea se opune totuș cu îndârjire la îndeplinirea actului coital. Și această aversiune se manifestă sub diverse forme:

a) **Misticismul:** e încredințată că săvârșește un păcat prin satisfacerea pornirilor trupești și că adevărata ei menire era să se ducă la mânăstire.

b) **Frigiditatea acută:** deși normal conformată, nu simte nevoia raporturilor sexuale.

c) **Masturbația inveterată:** socoate superior acest mijloc de provocare a orgasmului.

d) O formă și mai gravă a inversiunii, **safismul, tribadismul:** femeea e una din faimoasele și, din nenorocire, atât de numeroasele „prizoniere" cari găsesc voluptatea supremă în practicile homosexuale.

2. *Femeii îi e scârbă numai de bărbatul ei*, fie pentrucă i-a fost impus de familie, fie că l-a luat în silă, din considerațiuni materiale sau morale. Preferă să se sinucidă, decât să consimță la datoria maritală. Și bărbatul se resemnează, căutându-și compensația în raporturi extra-conjugale.

3. *Nu'i e scârbă de bărbat, ci numai de raportul sexual normal:* deprinderi anterioare sau numai sugestiuni perverse (confidențe primite, cititul sau exibițiuni obscene) o fac să fie rebelă la coitul natural și să ofere soțului compensația infamă a unor satisfacțiuni în contra naturii.

4. *O formă nervoasă particulară*, oricât de ciudată ar părea dar totuș identificată, face ca femeea, chiar cu dorința de a se supune legii sexuale, să aibă, în momentul hotărîtor, accese cari să o aducă într'o stare de inerție aproape cataleptică. Numai dacă are inconștiența brutei ori pasiunea necrofilului, bărbatul se va atinge de o femee într'o astfel de stare. Bine înțeles că expertul, într'un atare caz, se va interesa îndeaproape și de mentalitatea bărbatului.

Observația tipică a lui Wirchow: O femee care, în momentul coitului, cădea într'un adânc somn comatos. Pe orificiul mitral s'a găsit o cicatrice, a cărei atingere provoca instantaneu starea hipnotică; după excizarea cicatricei, femeea s'a vindecat.

B. **Impotența de origine anatomică** are două feluri de cauze: 1) un viciu de conformațiune a părților genitale externe: 2) absența acestor părți. Și una și alta *congenitale* sau *dobândite*.

a) *Viciile de conformație* interesează vulva, vaginul și basinul.

I. Vulva: 1. *atrezia*, congenitală sau dobândită (cicatrice consecutivă unei răniri, arsuri, gangrenei sau unor boli infecțioase: scarlatina, difteria, tifosul);

2. *sudarea buzelor mari;*
3. *elephantiasis al buzelor mari;*
4. *herniile labiale;*
5. *prezența unor vegetații;*
6. *vulva infantilă.*

O interesantă observație de *atrezie vulvară dobândită:* o femee e în durerile facerii și *Tarnier* găsește vulva sudată, cu excepția unui orificiu minuscul. In timpul inciziunii, dă peste un dop de pușcă. Explicația: după ce rămăsese grea, o variolă confluentă îi provoacă o atrezie vulvară, amantul ei, un soldat, dilata regulat intrarea cu ajutorul unui dop de armă, dop care, într'o seară, i-a scăpat din mână și a alunecat mai departe, așa c'a rămas închis de buzele apropiate *(Brouardel).*

II. Himenul: 1. *himen imperforat;* 2. *himen cribriform* (aspectul unei site); 3. *himen prea gros și cu orificiul prea strâmt* (deci cu o rezistență invincibilă, afară numai dacă se recurge la o inciziune chirurgicală).

III. Clitorisul: hipertrofia acestuia.

IV. Vaginul: 1. *Micimea organului.*

2. *Vagin deviat.*

3. *Vaginul dă în vesică, în rect, cu un singur orificiu.* Sunt și excepții; însă în toate coitul nu se face normal, ci prin uretra dilatată, dar acest fel de coit poate avea ca urmare o ruptură a uretrei. — *Observații clasice: a)* femee însărcinată în urma coitului prin rectul în comunicație cu vaginul, a cărui intrare era obliterată *(Rossi); b)* femee în ultima lună a sarcinii, cu himenul imperforat, iar vaginul dădea în uretră, la 3 cm., dinapoia meatului urinar, prin care ieșea sânge *(Strassmann); c)* menstruație și coit prin rect; femeea expulzează prin *anus* un copil bine conformat *(Louis).*

4. *Atresia intrării vaginale* poate fi congenitală (din cauza unei malformațiuni a basinului, în cazuri de rachitism, osteomalacie) sau dobândită (retracțiunea consecutivă castrării femeii prin exciziunea buzelor mici, sau atrofiei senile a vaginului). — *Observație:* o rachitică, al cărei vagin era abea permeabil degetului, a trebuit să divorțeze spre a nu mai îndura tortura tentativelor infructuoase ale soțului *(Wandelstadt).*

5. *Obliterarea vaginală congenitală* datorită uneori unui himen secundar. O tânără țărancă zdravănă e inaccesibilă coitului. Auricularul, trecut prin orificiul himenului îngroșat, dă peste o a doua membrană, mai moale, inserată în treimea superioară a vaginului *(Olenin).*

6. *Obliterarea vaginală dobândită* (rănire accidentală, arsură, rănire obstetricală, procese infecțioase, tumori de vecinătate). — *Observație:* fistulă vesico-vaginală dela prima facere; femeea urina printr'un orificiu permeabil numai extremității sondei.

b) Absența congenitală a vaginului: foarte rară.

c) Absența vaginală dobândită, in urma operațiunilor plastice. Şi atunci, tot pe cale operatorie, se pot creea vaginuri artificiale din ampula rectului, din flexura sigmoidală, etc.

d) Atrofia vaginală: vagin rudimentar, in forma unui scurt fund-de-sac natural sau produs, artificial, prin repetate coituri vestibulare.

e) Vaginismul (studiat mai întâiu de *Simpson* şi *Sims)* e o stare patologică manifestată prin contractura muşchiului *constrictorcunni* şi a muşchilor din planşeul basinului. Originea acestor crampe — cari se înregistrează mai ales la primul contact marital al femeilor tinere şi se produc la o simplă atingere — trebuie căutată: în prezența unor excoriațiuni, eroziuni, eriteme ale mucoasei genitale; în masturbări anterioare; în prezența unor fisuri ascunse ale intrării vaginale; în cauze de ordin psichic ori de natură nervoasă. (Tribunalele austriace au admis, în două rânduri — 1902 şi 1916 — vaginismul ca motiv de nulitate a căsătoriei). După *Fritsch,* vaginismul poate duce la alienație mintală.

f) Infepenirea coapselor: din cauza unei scurtări congenitale a aductorilor dela coapse, femeea nu le putea desface pe acestea din urmă. Numai dacă femeea se pretează, coitul natural e posibil *a posteriori.*

II. Impotentia concepiendi (sterilitatea)

Cauza unică este aceea a absenței impregnării care, am arătat, precede cu 1—3 zile faza finală a actului conjugal: zămislirea.

Impregnarea poate fi împiedecată de cauze generale (constituție slăbită, boli venerice), sau de cauze locale (himenul, uterul cu anexele, ovarele).

A. **Cauzele generale.** — 1. *Mizeria fiziologică* e în genere o cauză de inaptitudine la germinare.

2. *Infecțiunile septice, tuberculoza.*

3. *Bolile venerice: a)* salpingita dublă; *b)* sifilisul.

B. **Cauzele locale.** 1. *Viciile de conformațiune ale genitalelor externe,* cari constitue o piedecă la coit, nu exclud întotdeauna impregnarea:

a) O femee cu 3 himene suplimentare a rămas grea, iar expulzarea fătului s'a făcut după incizarea acestor bariere *(Fristo).*

b) Sarcini cu toată existența unui himen tare, calos, cu aspectul sitet.

c) Sarcină cu intrarea vaginală atât de strâmtă, că abea a pătruns prin ea o pană de gâscă.

d) Sarcină cu absența unei părți a vaginului.

2. *Absența şi atrofia uterului.*

3. *Imperforarea, atresia colului.*

4. *Deplasarea uterului* care are de efect de a devia colul din drumul ejaculării.

5. *Cancerul. fibromul uterului.* Sunt şi excepţii de fecundare.

6. *Catarul acut al mucoasei uterine.*

7. *Impermeabilitatea trompelor*, consecutivă unei imflamaţiuni duble, unor aderenţe, unor tumori, unui proces tuberculos. Sunt şi excepţii de fecundare.

8. *Aplicarea permanentă a pesarelor.* (Excepţii de fecundare).

C. **Cauze de origine ovariană.** — 1. Fireşte că în primul loc se pune *absenţa ovarelor*, care poate fi *congenitală* (o fată de 20 ani, observată de *Beneke*) sau dobândită — *ovariotomia* (s'au observat, însă, şi sarcini cu dublă oavariotomie — *Robertson, Budlehner, Schatz*).

2. *Tumori ovariene* (excepţiuni de sarcină la tumoare unilaterală şi la tumori bilaterale).

3. *Atrofia ovarelor cu distrugerea foliculilor lui Graaf*, provocate de o aplicaţiune intensivă a razelor X. *Werner* (1921) însă susţine că sunt şi excepţii, dar copilul se naşte cu vicii de conformaţie. — *Atrofia ovariană* mai poate fi de natură organică (infantilism. status thymo-lymphaticus).

4. *Ovulaţia.* — In teorie, ovulaţia şi menstruţia sunt fenomene sincronice, dar observaţii autentice dovedesc şi numeroase abateri dela această lege de interdependenţă a cărei imuabilitate *Reichert* (1924) o afirmă împotriva evidenţei excepţiunilor notate:

a) Sarcini la femei niciodată menstruate (vezi exemplele date la „Calculul duratei gestaţiunii". vol. II, pag. 48—51).

b) Sarcini la femei cu menstruaţia temporar suspendată (vezi în în acelaş loc).

c) Sarcini la femei după complecta suprimare a funcţiunii menstruale — menopausa. Chiar dacă, numai ipotetic, am admite teoria lui *Reichert*, şi încă nu s'ar putea trage o linie de demarcaţie fixă între vârsta susceptibilă de fecundare şi între aceea irevocabil osândită la sterilitate. Nici chiar limita inferioară (40 ani) şi cea superioară (50 ani) pentru instalarea menopausei, limite în genere acceptate (după *Hofmann* limita superioară ar fi de 40 ani, iar excepţiile n'ar trece dincolo de 7%—8%, iar după *Schaeffer*, media menopausei ar fi de 47 ani), nici chiar limitele de 40 şi 50 ani nu sunt respectate de natura atât de capricioasă. Dovadă statistica lui *Hogg*, care face autoritate pentru ginecologi şi obstetricieni, în care relevăm:

Din 57 femei observate, a notat *menopausa definitivă*: câte 1 caz la 23, 34, 35 şi 37 ani; 5 cazuri la 38 ani; 10 la 40; 2 la 41; 6 la 42; 3 la 43; 5 la 45; 3 la 46; 9 la 47; 2 la 48. 3 la 49; 2 la 50 şi 2 la 55 ani cu depăşirea limitei superioare.

Cât despre sarcinile post-menopausiene, cu depăşirea chiar a limitei superioare (50 ani), în afară de observaţiile deja relevate (Vezi „Calculul duratei gestaţiunii"), avem numeroase alte exemple oferite chiar de adepţii maximului vârstei: 1. O femee de 59 ani (deacum străbunică) a născut un copil viu — *Hofmann* (deşi *Pomini* — 1925 nu admite ca, după 50 ani, funcţiunea concepţională a femeii să se poată traduce altfel decât prin avortarea unui mol hydatiform, adică un ou complect degenerat, fără embrion sau cu un embrion atrofiat). Statistica lui *Vemerman* (10.000 observaţii): 12 naşteri de copii vii între 50—55 ani. *Renaudin:* facere la 61 ani, după ce menopausa se instalase la 49 ani. *Puech:* menopausă de 6 ani, însărcinată la 46, menstruaţia reapare în timpul sarcinii; după facere, menopausă definitivă. *Ruttel:* naşte la 50 ani, după o sterilitate de 19 ani şi o menopausă de 2 ani.

Nu, nu există o epocă sigură pentru diagnosticarea menopausei definitive. Instructivă în această privinţă e atitudinea lui *Cerf:* Consultat de tribunal, dacă se poate admite sterilitatea unei femei (35 ani) la care se instalase deacum menopausa (femeea cerea autorizaţia de a vinde nişte titluri de rentă, grevate de obligaţia de restituire în caz de naştere a unui nou copil), a răspuns: *chiar verificată, menopausa nu e o garanţie contra unei eventuale zămisliri.* După cum e temerar să se susţină că menstruaţia şi ovulaţia nu sunt posibile înainte de vârsta pubertăţii: *a)* o fetiţă menstruată la 2 ani, însărcinată la 8, — iar menopausa definitivă la 25 *(Blumenbach)*; *b)* menstruată la 10 ani, însărcinată la 11 *(Taylor).*

d) Printre menopausele precoce trebue notată aceea cunoscută sub numele special de amenoreea morfinismului, de regulă notată în intoxicaţia cronică a morfinomanelor şi opiomanelor.

e) Deşi ovarele sunt complect alterate sau aproape inexistente, se poate totuş înregistra sarcina, atunci când sau există ovare supranumerare sau persistă resturi din ţesutul ovarian.

f) Menstruaţia nu e un indiciu de aptitudine la fecundare, pentrucă există menstruaţie fără ovulaţie: 1. Statistica lui *Gauthier*, din 41 fetiţe impubere observate, la 19 menstruaţia a apărut în primul an al vieţii, iar la 9 în al doilea. — 2. Autopsiile multor femei *moarte în timpul menstruaţiei* au dovedit absenţa corpului galben. — 3. Menstruaţie cu toată ablaţiunea complectă a ambelor ovare şi *cu toate că în pedicul nu s'a găsit absolut nici o urmă de ţesut ovarian.* Să mai pomenim de cazul legendar (observat de *Krieger*): menstruată la 20 ani, primul copil la 47, ultimul la 60; o primă reinstalare a menopausei la 75 ani spre a ţine până la 98; a doua menopausă până la 104 ani, epocă la care iarăş se instalează menstruaţia... (a întrecut chiar capacitatea concepţională a biblicii Sara).

⁂

Din cele expuse, vedem că expertul — în afară de cazurile neîndoios incompatibile cu concepţiunea — trebuie să fie de o extremă prudenţă în diagnosticarea sarcinii, atunci când e vorba de stabilirea paternităţii ori a maternităţii. Pe cât nu e exclusă sarcina unei impubere, a unei pubere nemenstruate ori a unei adulte în perioada menopausei, tot pe atât poate fi exclusă concepţiunea după instalarea menstruaţiei.

III. TĂGADA MATERNITĂŢII

Problema nu se pune decât în trei ipoteze. Primele două: sau femeea îşi abandonează pruncul, sau ea ori terţii au interes de a tăgădui această maternitate a cărei cercetare e formal îngăduită de *art. 308 c. c.* Şi aceasta chiar când mama s'ar înscrie în fals contra menţionării numelui ei în actul de naştere, atunci când această menţiune a fost făcută de una din persoanele desemnate de „Legea actelor de stare civilă“, printre cari mamoşul sau moaşa. („Actul de naştere, care arată cu preciziune mama, face deplină dovadă despre maternitate“ *(Trib. Covurlui, 1922)*. — Obârşia interesului de tăgadă trebuie căutată în art. 677 c. c., după care „copiii naturali au dreptul la succesiunea mamei lor“.

Ipoteza a treia: Copilul e declarat ca fiind al unei femei care în realitate nu l-a născut. In cazul acesta avem a face cu o înşelăciune şi pretinsa mamă e admisă să se înscrie în fals, ca, pe baza unei expertize medico-legale, să facă dovada că n'a putut naşte la epoca declarării copilului. Dovadă care poate fi administrată, fie prin absenţa oricărei urme de parturiţie recentă, fie prin constatarea unei imposibilităţi fizice de a mai puteà concepe. Menopausa nu e determinantă (femee cu menopausă la 42 ani; la 46 rămâne grea: după o nouă menopausă de 3 ani, rămâne iarăş însărcinată — *Barker)*. Vârsta până la 50 ani e un indiciu nesigur *(Barker* citează chiar cazul unei femei care a născut la 51 şi 52 ani, iar *Hofmann* una la *59 ani)*.

Expertul trebuie să ţină seama şi de posibilitatea maternităţii precoce, literatura medicolegală abundând în astfel de exemple, dintre cari citâm câteva din cele mai caracteristice: 1) la *8 ani (Küssmaul, Carus)*; 2) *9 ani (Ruttel)*; 3) *9 ani şi jumătate* (incest citat de *Vibert)*; 4. la *10 ani (Romlet)*; 5. *10½ ani (Macmara)*; 6. la *10 ani şi 8 luni (De Cortis)*; 7. între *11 şi 12 ani* (incesturi notate de *Brouardel, Fox, Villard, Horwitz, Minovici)*; 8) dela *12 la 14 ani* numeroase sarcini; 9) O femee naşte pentru întâia oară la 12 ani, trăeşte până la 75 şi în acest interval face 14 copii *(Minovici)*. — *Cazuri în care ambii părinţi sunt precoci.*

IV. FECUNDAREA ARTIFICIALĂ

Contestată încă în ce priveşte eficacitatea, combătută ca primejdioasă pentru sănătatea femeii (pericol de infecţie), discutată sub raportul autenticităţii şi calităţii lichidului spermatic al bărbatului căruia urmează să se atribue paternitatea rodului zămislirii; repudiată de tribunale ca o gravă jignire adusă tainei căsătoriei („...făcând să concure la actul însuş al generaţiunii şi pentru săvârşirea lui directă, în ceeace are mai intim, un intermediar între soţ şi soţie“ — extras din considerentele unei sentinţe a *Trib. Bordeaux*, 25 August 1883), — metoda aceasta de fructificare a femeii nu e aplicabilă decât dacă soţul, care suferă de *impotentia coeundi*, a păstrat, în schimb, intactă şi normală funcţiunea spermatogenetică.

Bazată pe experienţele lui *Spallanzani* (trei millionimi dintr'un strop de spermă ajung pentru fecundarea unui ou de broască) care, în 1760, a reuşit să fecundeze o căţeu, cât şi pe experienţele ulterioare ale lui *Rossi* şi *Coste* (1856), fecundarea artificială a femeii a fost pentru întâia oară încercată de *Girault* (imediat după menstruare, sperma e introdusă în colul uterului, pe calea insuflării, cu ajutorul unei sonde uretrale) care numai în 2 din 12 cazuri a obţinut succes („*Abeille Médicale*, 1869). La rândul lor, *Sims* şi *Gigon-Senior* (prin întrebuinţarea unei seringe speciale şi practicarea injecţiei a doua zi după oprirea fluxului menstrual) au înregistrat câteva rezultate pozitive.

Dar marea notorietate n'a dobândit-o procedeul decât în urma răsunetului făcut de teza lui *Gigon-Junior* (1871), prin refuzul iniţial al Facultăţii de a o admite, în urma protestului lui *Pajot*. Dar nu trecu mult şi acelaş Pajot deveni partizanul a ceeace calificase ca „o practică scârboasă". recomandând utilizarea *fecundatorului*. Adept al ei s'a declarat şi *Tourdes*, iar *Lacassagne* merge chiar mai departe proclamând „nu numai dreptul dar şi datoria medicului de a recurge, în unele cazuri, la această ultimă resursă", care n'ar fi indispensabilă decât în 2%—3% cazuri, marea majoritate a căsniciilor sterpe având-şi originea în însăş sterilitatea femeii.

Procedeul a fost perfecţionat de *Sinety*: în primele zile după menstruaţie câteva picături de spermă sunt introduse într'o seringă de sticlă (pentru injecţiuni uterine), la vârful căreia e adaptată o canulă de cauciuc, care e împinsă până în fundul uterului femeii, aceasta fiind aşezată pe marginea patului, cu colul descoperit. După injectarea a 2—3 picături, canula e lăsată în uter timp de 2—3 ore, iar femeia trebue să stea culcată 24 ore.

⁂

Am văzut obiecţiunile ce se fac procedeului:

1. *Din punctul de vedere al moralităţii* e, fireşte, o chestiune de apreciere; în nici un caz însă, oricare ar fi părerea noastră intimă, nu putem subscrie la enunţarea principială a tribunalului din Bordeaux anume, că: „asemenea procedee cată a nu depăşi domeniul ştiinţei, spre a trece în acela al practicei", pentrucă şi fecundaţia artificială e o cucerire a ingeniozităţii minţii omeneşti, întru corectarea naturii rebele. Rămânând închise în turnul de fildeş al laboratorului, investigaţiile ştiinţifice n'ar mai răspunde menirii lor. *Leblond*, comentând zisa sentinţă, observă că fecundarea artificială nu e mai imorală ca intervenţia chirurgicală pentru dilatarea orificiului mitrei.

2. *Succesele* sunt în funcţiune de calitatea lichidului seminal — identificarea spermatozoizilor vii — pe deoparte, iar pe de alta de capacitatea de concepţiune a femeii.

3. E dela sine înţeles că *practicianul va refuza să injecteze de exemplu sperma unui sifilitic, a unui tuberculos, a unui alienat*.

4. Deasemenea va renunţa la intervenţia sa medicul care în prealabil se va fi încredinţat de *existenţa unei imflamaţii cronice*, cum e pelviperitonita, ori a unor formaţiuni neoplastice ale uterului sau ale anexelor.

5. Trebuesc mari precauţiuni, pentru *evitarea unei infecţii* şi, poate, că e mai recomandabil ca sperma să fie depusă numai în

vagin, lăsând spermatozoidului sarcina de a-şi netezi singur calea până la destinaţie.

6. Nu putem îndeajuns stărui asupra garanţiilor de *autenticitate a secreţiunii seminale*. E absolut necesară prezenţa bărbatului, spre a fi sigur că sperma lui şi numai a lui îi va fructifica soţia. E dela sine înţeles că operaţia nu se poate întreprinde, decât cu consimţământul expres al celor doi interesaţi.

Toate aceste garanţii sunt indispensabile, spre a se preîntâmpina fraude cari, după caracterizarea plastică a lui *Tourdes*, ar avea drept ţintă un adevărat „furt de paternitate". Şi doar, am arătat cât de mari sunt interesele legate de dovada unei filiaţiuni legitime.

Şi încercări de mistificare s'au şi făcut multe, inspirate din publicarea observaţiilor lui *Eustache* — câteva succese obţinute pe o cale cu mult simplificată: după ejaculare, femeea, cu propriul ei deget muiat în spermă, să ungă orificiul colului. Sau inspirate din următoarea observaţie a lui *Prüssmann* (1910): A moşit o femee de 28 ani, măritată de 5 ani şi care, dela vârsta de 6 ani, în urma unui accident de trăsură, suferea de o obstruare cicatricială a vulvei până la perineu. Numai în treimea inferioară stângă a cicatricei era un orificiu (pentru eliminarea urinei) al unui canal lung de 19 cm. care ducea până la uter. Un coit propriu zis fiind imposibil, spermatozoizii şi-au făcut singuri drum la mitră. Precum tot atât de impresionante sunt observaţiile lui *Grandini* (bărbatul, cu mâna umedă de spermă, a atins genitalele femeii) şi *Hirsch* (coit *inter femora*, numai vulva stropită cu spermă): în ambele observaţii se notează fecundarea. Dar Casaţia germană (1908) a refuzat recunoaşterea filiaţiunii legitime pentru un copil, a cărui mamă susţinea că a luat din lichidul de pe cearşaf al unei poluţiuni a soţului ei impotent şi l'a introdus în vagin.

V. MISIUNEA EXPERTULUI

Repetăm: e foarte greu, de multe ori strivitor, mandatul dat de justiţie omului artei, spre a o lumina într'o chestiune de paternitate implicând şi pe aceea a maternităţii, ori numai într'una de simplă maternitate. Şi aceasta, fie în împrejurări normale, fie în cazuri de tăgadă a paternităţii cu invocarea vârstei (impubertatea), a impotenţei congenitale ori dobândite a răpitorului. Deasemenea poate avea de determinat legitimitatea unui copil, conceput sau născut postum, ori recunoscut *in extremis*, atunci când părintele prezumtiv se lupta cu moartea.

1. In primul loc va determina vârsta individului a cărui paternitate e discutată. Observaţia lui *Zacchias* — puterea fecundantă a bărbatului e la apogeul ei în perioadele extreme ale virilităţii (pubertatea şi vârsta de 60 ani fixată de dreptul roman) — această observaţie e întemeiată, ca una ce a fost verificată timp de aproape trei sute de ani. Virilitatea e mai des constatată la bărbaţi mai în vârstă decât la tineri cari abea au păşit pragul pubertăţii. Şi zicând „virilitate", înţelegem aptitudinea de a impregna femeea, — susceptibilă de a germina, — pentrucă nu trebuie confundată *potentia*

coeundi a impuberului cu *potentia fecundandi* care e în funcțiune de maturitatea testiculară. Cât despre adulți, *potentia coeundi* și *conservarea spermatozoizilor vitali în lichidul spermatic* sunt în funcțiune de vigoarea fizică, de păstrarea facultăților mintale și mai ales de starea organelor genitale.

2. Deaceea expertul va face examenul somatic și psihic atât al bărbatului cât și al femeii. Va face și un minuțios examen local (în caz de deces, autopsia complectă îi va da toate elementele de documentare).

De notat că, în genere, *hermafrodiții* sunt considerați ca impotenți; bine înțeles, se va stabili, în măsura posibilului, sexul adevărat al individului anormal, deoarece există observații de hermafrodiți — unii capabili de a fecunda alții apți la impregnare.

3. In ce privește examenul lichidului seminal, îi recomandăm să nu uzeze decât de spermă ejaculată în prezența lui. Numai în cazuri excepționale va putea recurge la o stoarcere sau puncție a testiculelor, pentrucă, după cum cu drept cuvânt observă *Posner* și *Pincus*, deși se identifică spermatozoizi, nu e exclusă posibilitatea ca individul să fie atins de aspermatism. Ținând seama și de posibilitatea unei azoospermii temporare, expertul va repeta examenul microscopic al spermei din nou ejaculate în prezența lui, la un interval de câteva zile (1—2 săptămâni). Indicii pentru fixarea epocii la care s'a pronunțat azoospermia le poate găsi în stabilirea datei aproximative la care s'au declarat: blenoragia, inflamația testiculelor, bolile microbiene verificate a fi o cauză de sterilitate masculină, acțiunea intensivă a razelor X, mizeria fiziologică extremă, abuzul de stupefiante, intoxicația cronică prin vaporii de benzină.

4. Relativ la paternitatea atribuită *in extremis*, e de observat că nu e de conceput ca un bărbat suferind de o boală infecțioasă gravă, de o paralizie consecutivă unei hemoragii cerebrale, unui traumatism al capului, unei embolii a unei artere cerebrale, sau un bărbat atins de hidropisie, mai mult sau mai puțin generalizată, să poată îndeplini actul coital.

5. S'a insistat și asupra elementului sensualității, adică: nu ajunge un coit complect, ci e nevoie și de existența bilaterală (și la bărbat și la femee) a senzației de voluptate. Contestăm necesitatea absolută a acestui element, pentrucă atât în măritișurile impuse cât și mai ales în siluirile violente, în care deci femeea nu numai că opune rezistență, dar e toată scuturată de un fior de repulsiune, s'au văzut fecundări dela primul contact.

6. La formularea concluziunilor sale, indiferent de speța ce a avut de examinat, expertul nu se va pronunța decât ținând seama de toate acele capricii ale naturii pe cari le-am descris și exemplificat și nu va nesocoti posibilitatea fecundării artificiale.

CAP. V.

PERVERSIUNEA SIMȚULUI GENITAL

In chip logic și firesc se leagă de chestiunea paternității și a maternității aceea a perversiunii simțului genital, de oarece în prealabil se pune întrebarea: un individ (bărbat sau femee), la care se constată una din formele aberațiunii sexuale — și vom vedea că sunt destul de variate — e el capabil de îndeplinirea funcțiunii biologice a reproducțiunii? Cu alte cuvinte, bărbatul și femeea, la cari se constată o deviare a simțului genezic, sunt ei susceptibili de paternitatea ori maternitatea copilului ce li se atribue? Examenul principalelor tipuri de pervertire a simțului genital ne va ușura soluțiunea problemei.

1. Masturbarea

Din nenorocire, aceasta e forma cea mai răspândită a satisfacerii artificiale a pornirii sexuale și se întâlnește la ambele sexe și la toate vârstele: inconștient la copilul mic, conștient dela vârsta prepubertară până la adânci bătrânețe, onanismul e una din cele mai grozave plăgi sociale.

Inveterată, masturbația duce cu timpul la *impotentia coeundi* la bărbat; la indiferența, dacă nu chiar la repulsiunea față de raportul bisexual la femee, pentru care manoperele onanistice constitue un surogat al funcțiunii firești. *Nu exclude însă cu totul și îndeplinirea poruncii naturale, bărbatul mai putând avea, intermitent, o erecție mai mult sau mai puțin suficientă, iar femeea suportând, cu mai mare sau mai mică resemnare, legea firii.* Astfel că *numai în forma paroxistică a onanismului se poate admite o complectă anihilare a facultății de fecundare din partea bărbatului și de concepțiune din partea femeii* (cu excepția, pentru aceasta din urmă, în cazurile de coit normal realizat prin violentare ori supriză).

* * *

In ce privește **diagnosticul**, putem afirma că el e foarte greu, dacă nu chiar cu neputință de stabilit, — și aceasta, din pricina absenței unei formule simptomatologice de strictă interpretare științifică. (Vezi și „Diagnosticul atentatului la pudoare", vol. II).

1. **La bărbat.** — Erectilitatea mai pronunțată (în prima perioadă), turgescența glandului (cu mucoasa violacee), roșeața și tumefacția buzelor meatului uretral, turburări ale sistemului nervos, ale mecanismului nutriției sunt greșit considerate ca semne ale onaniei — la *adult*, pentrucă ele pot foarte bine caracteriza un coit

natural excesiv (abuz prin desfrâu ori efect al hiperesteziei sexuale — satiriasis permanent, intermitent, periodic).

In schimb, caracteristică și mai mult sau mai puțin concludentă e simptomatologia masturbației la *impuberi* și *adolescenți:* congestionarea și semi-erecțiunea aproape instantanee a penisului cu volumul crescut la simpla atingere (în cursul examenului), turgescența glandului (de coloare violacee), roșeața buzelor resfrânte în afară ale meatului uretral, volumul crescut al testiculelor sensibile la presiune, scrotumul mărit și de coloare brună, punctul mamar dureros la presiunea exercitată asupra mamelelor. — La *copiii* de ambele sexe, masturbația poate avea o cauză cerebrală (imbecilitate, idioție) ori una de alt ordin: phimosis, balanită, oxyuri în anus sau în vagin; scărpinarea dându-le o senzație voluptoasă, se deprind să se masturbeze.

2. **La femeea nubilă și adultă** semnele, după *Martineau*, ar fi: mărirea volumului și erectilitatea clitorisului, turgescența glandului acestuia, lungirea buzelor mici, roșeața mucoasei vulvare, slăbirea tensiunii himenului. Dar toate aceste semne nu sunt caracteristice, pentrucă: *volumul clitorisului* diferă, congenital, dela femee la femee; *erectilitatea* lui poate fi datorită unei excitabilități mai mari; *turgescența glandului* poate avea ca origine sau o inflamație mai veche ori mai recentă, sau o mai mare frecvență a raporturilor sexuale; *roșeața mucoasei vulvare* poate aveà diverse cauze cu totul străine masturbației; *laxitatea himenului*, în marea majoritate a cazurilor, are ca origine structura, conformația membranei sau coituri normale: *nimfele lungite*, flasce, s'au observat la fete și femei cari n'au practicat niciodată masturbația.

3. **La impubere** semnele acestea — în deosebi erectilitatea clitorisului și turgescența glandului—ar putea fi concludente. *Tobler* (în „Münchener Medizinische Wochenschrift", 1903) notează o hipertrofie musculară a coapsei și pulpei drepte la o fetiță de 6 ani care, dela vârsta de 2 ani, se masturba cu piciorul drept îndoit și adus la nivelul vulvei.

II. Pederastia

Afară de cazurile cu adevărat excepționale — în cari, printr'un viciu de conformație, există o comunicare congenitală directă între rect și vagin — *actul pederastic etero-sexual exclude posibilitatea fecundării femeii.*

Păcat aproape originar — despre coitul anal se pomenește și în Biblie (locuitorii Sodomei au încercat să abuzeze de cei doi îngeri cari, după ce vestiseră pe Abraham că Sara va rămânea grea, veniseră la Lot) — pederastia e de timpuriu cunoscută și în lumea veche (*ephebophilia* în Grecia clasică: *„Alcibiades ineunte adolescentia amatus est a multis more Graecorum"* — Cornelius

Nepos; *pedicatio* la vechii Romani, pentru combaterea căreia s'a promulgat *Lex scatinia)*. Raportul acesta contra naturii a căpătat din ce în ce mai mulţi adepţi: înregistrăm acea *furie pederastică* de care se arată îngrozit Zacchias în caracterizarea aberaţiunilor sexuale din Italia medievală. Multă vreme pedepsită cu moartea (arderea pe rug — *Constitutio criminalis Carolina;* spânzurătoarea în Anglia şi America), pederastia, după legea noastră penală, nu e susceptibilă de sancţiune decât atunci când are caracterul unui atentat la pudoare *(art. 262—266)* cu sau fără violenţă, cu sau fără publicitate. De coitul anal consimţit, însă, societatea nu se sinchiseşte.

Şi deaceea asistăm la o contagiune din ce în ce mai alarmantă prin virusul pederastic, care până şi taina căsătoriei o pângăreşte. De teama sarcinii — notăm cea mai abjectă formă a malthusianismului: femei tinere, sănătoase, nu numai se pretează, dar încă solicită bărbatului satisfacerea, pe această cale, a instinctului sexual. Există o categorie de prostituate cari au căutare numai pentru această „specialitate", după cum există şi prostituaţi masculini — îndeletnicire foarte lucrativă, mai ales prin latura ei de şantaj exercitat asupra clientelei.

Pederastia e frecventă şi la hermafrodiţi *(incubi* sau *sucubi,* după cum şi conformaţia organelor genitale externe le permite să fie activi sau numai pasivi).

In ce priveşte identificarea semnelor de pederastie activă sau pasivă, o vom discuta la capitolul „Diagnosticul atentatului la pudoare", (vol. II).

Hirschfeld, *Lothar Goldman*, *Marcuse* (1925) insistă cu un lux de detalii asupra transvestivismului: *pederaşti* pasivi cari adoptă îmbrăcămintea, găteala şi felul de a se comporta al sexului opus. Bărbatul, cu figura imberbă, se îmbracă femeeşte, îşi ondulează părul, poartă brăţări şi cercei, se pudrează, se parfumează.

1. O femee, îmbrăcată în haine bărbăteşti şi care de ani de zile practica prostituţia şi cea etero-sexuală şi cea pederastică, în momentul arestării a fost găsită în plină menstruaţie. — 2. O fată de 29 ani, isterică, îmbrăcată bărbăteşte şi „căsătorită" cu o altă fată, marcată prin pseudologia fantastică, îmbrăcată şi ea bărbăteşte — *Weissenberg*, 1928. — 3. Un bărbat de 36 ani. De mic avea o deosebită plăcere să se îmbrace cu rochiţele surorilor lui. La 14 ani, punând un corset, capătă o erecţiune. Imbrăcat bărbăteşte, a avut raporturi frecvente cu femeile, dar numai schiţate, pentrucă în faţa lor era lovit de *impotentia coeundi*. Imbrăcat femeeşte, are erecţiuni nocturne, dar numai cu o anumită categorie de femei: cele amputate de un picior: îşi notase adresele a 17 dintre acestea şi se ţine după ele ca atras de un magnet. *(Schmartz*, 1928).

In sfârşit, *Frigeris* a creat tipul auto-pederastiei: *bărbatul sau femeea*, în scopul de a-şi procura o senzaţie voluptoasă, îşi introduc singuri în rect corpuri străine mai mult sau mai puţin voluminoase, de formă conică sau cilindrică. Această aberaţiune poate avea urmări funeste: moartea unui paranoic care-şi introdusese pe rect o bucată de lemn lungă de 22 cm. şi care a pătruns până la colonul descendent (observaţia lui *Ziino)*.

III. Coitul bucal

Coitul *per os* — atunci când el se mărgineşte numai la provocarea artificială a erecţiunii, *ejacularea subsequentă făcându-se în căile genitale ale femeii* — nu exclude *impregnarea* şi *sarcina*.

Raportul sexual *cunnilingus* — neurmat de intromisiunea penisului eventual ajuns în stare de erecţie — exclude fecundarea.

Deasemenea nu poate fi vorba de impregnare posibilă, atunci când raportul anormal etero-sexual are loc între mamele, subsuori, între coapse *(afară de cazul când sperma se poate scurge pe vulvă în vagin)*.

IV. Mixoskopia

Perversiune sexuală, caracterizată prin aceea că facultatea potenţială a bărbatului nu se manifestă decât numai la spectacolul unui coit practicat de alţii. Mixoskopul — numit şi „voyeur" — *în genere se bucură de potentia coeundi şi de potentia fecundandi.*

V. Fetişismul

E o pervesiune sexuală congenitală, care îşi are obârşia într'o stare de degenerescenţă şi se caracterizează prin aceea, că instinctul genezic nu se trezeşte decât la vederea, atingerea sau numai cu reprezentarea unei părţi a corpului sau a unui obiect purtat de persoana dorită sau chiar de o altă persoană.

Elementul excitant — fetişul — e în majoritatea cazurilor constituit de: pielea, părul, ochii, gura, urechea, sânii, fesele, glezna (nu însă şi părţile genitale desgolite a căror vedere, pipăire, sau numai evocare formează imboldul firesc al simţului genezic), rufăria de corp, scufa, batista, şorţul, ciorapul, încălţămintea, etc. Puterea fetişistă o mai exercită, la unii, un miros particular al corpului, anumite infirmităţi fizice (şchiopătarea), diformităţi (cocoaşa) sau afecţiuni cutanate (sarcom sau tumoare piloasă). Excitantul poate fi şi de natură imaterială: vocea, fluidul privirii.

Fetişistul nu râvneşte întotdeauna la posesiunea persoanei al cărei fetiş îi provoacă orgasmul, ci fetişul îi e necesar pentru satisfacerea instinctului sexual (chiar cu altă persoană), ori prin ejaculare spontană, ori prin masturbare.

⁂

Victimă a unei anomalii psihice congenitale, fetişistul se manifestă ca atare încă din perioada prepubertară (sunt foarte rare excepţiile de fetişism tardiv), iar visurile lui erotice nu au de obiect însăş persoana dorită, ci numai acea parte a corpului sau obiectul care constituie fetişul. Iar pentru a şi-l procura pe acesta din urmă, prevertitul sexual, sub imperiul unei obsesiuni-impulsiuni, nu se dă îndărăt dela comiterea unui delict: fură obiectul purtat, taie cu foarfecele, cu cuţitul, smulge o parte din acest obiect, taie coada sau o şuviţă de păr. *Harnik* (1928), studiind psihologia tăitorilor de cozi sau de bucle de păr, a ajuns la concluzia că, în concepţia unora dintre aceşti psichopaţi, actul sexual normal e înlocuit prin castrarea simbolică a obiectului feminin. Şi explică această concepţie prin oroarea ce i-o inspiră coitul, deoarece îl consideră ca expresiune a unui act sadic.

De regulă aceşti pervertiţi sunt monofetişti, adică numai o anumită parte a corpului sau un anumit obiect le provoacă excitaţiunea. Predilecţia aceasta se statorniceşte în chiar momentul în care se declară anomalia şi din acea clipă nu mai poate avea raporturi sexuale cu ejaculare fără prezenţa, atingerea sau cel puţin evocarea fetişului. Edificatoare e următoarea observaţie: căsătorit, un fetişist nu putea avea raporturi cu soţia sa, dacă nu ţinea în mână un pantof al acesteia, pentrucă prima trezire a pornirii genezice i-o provocase, în momentul pubertăţii, vederea unei încălţăminte femenine.

Rare sunt observaţiile cu fetiş multiplu. — *Fetişistul e capabil de a procrea.*

* * *

Vorbind de provenienţa fetişului, am întrebuinţat dinadins termenul generic de „persoana“ dorită, pentrucă fetişistul poate fi eterosexual şi homosexual.

Unii sunt fetişişti *puri*, adică nici n'au simţit o singură dată măcar nevoia unui raport sexual (normal sau anormal). Alţii ajung cu timpul să se lipsească de partener şi atunci devin onanişti pătimaşi.

Să notăm, însfârşit, o varietate a fetişismului: *vederea, pipăirea unei anumite stofe* (catifea, mătase), *a unei blăni, desmierdarea blănii unui animal domestic* (câine, pisică) — *zoofilia erotică* — sunt necesare pervertitului.

Fetişismul nu dă loc la o expertiză medico-legală decât atunci când pervertitul, prin actele lui, justifică o intervenţie a instanţei represive: ultraj public contra pudoarei, furt.

VI. Masoşismul

Perversiune sexuală identificată de *Krafft-Ebing* (din studiul eroilor din nuvelele scriitorului austriac Sacher Masoch) şi care, după plastica definiţie a lui *Thoinot*, se caracterizează prin asociarea voluptăţii cu suferinţa fizică sau morală. Jean-Jacques Rousseau, masoşist imaginativ, se destăinueşte în aceşti termeni: „Etre aux pieds d'une maitresse impérieuse, obéire à ses ordres, avoir des pardons à lui demander, étaient pour moi de très douces réjouissances".

1. Masoşismul de tipul lui Jean-Jacques e platonic sau simbolic, pentrucă el se reduce numai la necesitatea umilirii.

2. Masoşismul brutal sau masoşismul mare e acela în care, cum observă *Dupré*, orgasmul nu e provocat decât de o efectivă suferinţă fizică: pentru pervertit e o condiţie *sine qua non* de a fi lovit, flagelat, călcat în picioare, rănit până la sânge. O speţă a masoşismului mare e *tipul cavalin:* bărbatul nu poate avea erecţiunea decât figurând, pentru femee, calul cravaşat de aceasta.

Se înregistrează şi numeroase cazuri de masoşism feminin. *Krafft-Ebing* notează că tinerele ţărance dintr'un ţinut din Ungaria socot, ca semnul cel mai mare al dragostei ce le-o poate arăta un flăcău, prima palmă ce le-o dă acesta. *Seydel* a observat femei cari dinadins îşi scrinteau mereu mâna spre a avea senzaţia voluptuoasă ce le-o procura reducerea, fără anestezie, a luxaţiei de către un medic tânăr. O femee, care citise „Confessions" ale lui Rousseau, nu putea concepe adevărata voluptate sexuală, decât fiind în prealabil bătută cu o nuia de către bărbatul adorat, căruia în urmă îi săruta picioarele.

3. O varietate abjectă o constitue masoşismul larvat. *Koprolagnia:* pervertitul nu poate avea raporturi sexuale ori erecţiune cu ejaculare (fără parteneră) decât dacă în prealabil femeea se urinează sau depune pe el fecalele; uneori bea urina şi mănâncă dejecţiunile femeii.

4. Un tip complex de fetişism-masoşism ni-l oferă observaţia unui individ la care orgasmul cu ejacularea nu erau provocate decât la sărutarea unei ghete murdare; individul s'a făcut văxuitor de ghete numai spre a avea permanent prilejul de a-şi satisface aberaţia.

5. O altă specie de fetişişti-masoşişti o constitue stercorarii în forma mai atenuată: nu pot avea raporturi sexuale, dacă nu pun în pat hârtie de closet murdărită.

Lombroso („Omul genial") a găsit la Baudelaire stigmatele caracteristice ale tipului complex de fetişism aliat cu masoşismul şi cu o nuanţă de sadism. Genialul autor al faimoaselor „Fleurs du mal" avea o pasiune nestăpânită pentru anumite femei (negrese, pitice, uriaşe). Unei femei de o deosebită frumuseţe i-a exprimat într'o zi dorinţa de a o vedea spânzurată de mâini, spre a-i putea săruta astfel picioarele. „Ca să poţi gusta adevărata voluptate cu o femee, spunea el, trebuie s'o tratezi mai întâiu ca pe un animal: s'o sechestrezi, s'o bați și apoi s'o hrănești bine ca pe o vită ținută la îngrășat".

Masoșismul e compatibil cu paternitatea.

VII. Sadismul

Botezată astfel după numele autorului unor romane în cari se găsesc descrise manifestările ei morbide (Marchizul de Sade), perversiunea aceasta sexuală e diametralmente opusă masoșismului. Sadicul nu poate simți plăcere (în raporturi etero-sexuale, homosexuale, sau în ejaculare solitară) decât numai sub impresiunea puternică cauzată de chinurile fizice ale persoanei cu care vrea să-și satisfacă pornirea genezică — chinuri provocate prin intermediar ori direct —, impulsiune bestială care uneori se traduce prin omor, mutilare, antropofagie (consumarea unor părți din trupul victimei, băutul sângelui).

Sadismul nu îmbracă întotdeauna forma aceasta gravă, ci se manifestă prin simple acte de violență: lovire, flagelație, înțepare, ciupire; unii se mulțumesc cu batjocorirea femeii (Marchizul de Sade urina pe femee sau o murdăria cu fecale) sau numai cu simple apostrofe vehemente și obșcene.

După gradul de violență și cruzime a actelor cari îl caracterizează, sadismul se împarte în două categorii: *sadismul mic* și *sadismul mare.*

a) **Sadismul mic.** Patru clase: ruperea și sfâșierea hainelor victimei; bătaia; flagelația; vederea și sugerea sângelui.

1. *Pervertitul* își manifestă furia împotriva victimei numai prin ruperea și sfâșierea îmbrăcămintei acesteia.

2. *Bătăușii.* Sadicii aceștia *trebuie* să lovească victima cu palma, cu pumnul, cu picioarele.

3. *Flagelatorii* lovesc trupul gol al partenerei sau partenerului (sadicul, am spus, poate fi și homosexual) cu o nuia, un baston, o linie, o curea, o frânghie (indiferent dacă e vorba de o prostituată — plătită să consimtă — ori de o victimă pândită, surprinsă).

4. *Sanguinarii* simt nevoia de a vedea sângele fie chiar numai câteva picături: înțeapă cu un ac cu gămălie, cu un ac, cu vârful unui cuțit, cu vârful foarfecelui — și apoi se delectează la vederea sângelui pe instrumentul scos din rană. Locul de predilecție al înțepării îl constitue pubisul, vulva, fesele, brațul, pulpele, degetele dela mâini.

O întâmplare ajunge să trezească instinctul acesta sanguinar: un tânăr, martor la rănirea servitoarei din casă prin spargerea unui geam, se repede și suge sângele rănii, — și pe loc are o erecțiune bruscă, urmată de ejaculare. Din acea zi, tânărul plătia servitoarea oridecâte ori îi dădea voie să-i înțepe un deget și să sugă sângele.

pentrucă numai astfel îşi putea satisface pornirea sexuală *(Krafft-Ebing).*

Sadicul sanguinar înţeapă deobiceiu în aceeaş regiune a corpului.

5. Tot ca o formă a sadismului mic sunt cazurile de **ligatură** a penisului, în cari însă se pot nota efecte destul de grave, cum e următoarea observaţie a lui *Muller* (1928): La un copil de 8 ani, penisul strâns legat cu o aţă, în şanţul glandului. Edem al penisului, al scrotumului şi al hipogastrului. Vesica umflată de conţinutul nesecretat. După câteva zile s'a notat, pe pielea scrotumului, sub penis, un orificiu fistular, care interesa preputul şi membrul şi prin care se elimina puroiu în abundenţă.

b) Sadismul mare caracterizează pe omul-fiară: loveşte victima vie, continuă s'o lovească moartă, îi ciurueşte trupul cu lovituri de cuţit, se'nverşunează cu unghiile, cu dinţii, ciopârţeşte cadavrul (cu sau fără prealabilul coit natural sau anal), taie vulva, smulge organele genitale interne, smulge viscerele. După cum am arătat, bestia mănâncă părţi din trupul victimei şi-i bea sângele.

1. Tirsch, în 1864, smulge părţile genitale, le aduce acasă, le fierbe şi apoi le mănâncă. — *Maschka.*

2. Leger mănâncă inima şi bea sângele victimei. — *Esquirol.*

3. Un tip aparte de pederast sadic e măcelarul german Haarmann al cărui caz, acum câţiva ani, a făcut să treacă prin întreaga omenire civilizată un fior de groază şi de scârbă şi care a fost indeosebi studiat de *Placzeck* (1925). Bestia, momind cu bani, a atras pe rând in cursă 26 adolescenţi şi, imediat după raportul anal, îi omora, ca apoi chiar aceeaş noapte să le ciopârţească trupurile, iar carnea s'o vândă clientelei (numai capetele şi viscerele le arunca). Iată un sadic pentru care nu se poate invoca scuza influenţei tiranice a stării morbide de obsesiune-impulsiune, de vreme ce instinctul de fiară e dublat cu cea mai infamă preocupare de câştig bănesc.

Unii sadici iau cu dânşii părţi din cadavrul mutilat (mamela, genitalele, părul) sau o parte din îmbrăcăminte, spre a le servi ca fetiş.

* * *

Sadicii lasă pecetea monstruozităţii lor, adică fiecare îşi are felul propriu in manifestarea pornirilor bestiale:

Despre isprăvile Mareşalului Gilles de Rays, ale lui Vacher, Jack Spintecătorul, Menesclou, Verzeni, Gruyo, Artusio, Regele Carol-cel-Rău al Navarei (acesta ordona ca, in prezenţa lui, să se imperecheze doi tineri, pe cari, in timpul raportului sexual, îi omora cu o singură lovitură de spadă: apoi, pe loc îşi satisfăcea pofta sexuală cu una din curtezanele de faţă), — vezi raportul nostru medico-legal — „Crima sadică" — din Volumul I, pag. 778.

Satirul din Montrouge şi-a ucis victima (o fetiţă de 6 ani) cu zece lovituri de cuţit, fără însă a o viola *(Balthazard).*

Pe cadravul unei fetiţe de 6 ani (omorâtă prin înăbuşire) se notează o tăietură mento-pubiană (ca la autopsie), absenţa intestinului subţire, în schimb genitalele intacte *(Haberda).*

Cadavrul ciopârțit al unei fetițe de 9 ani cu rupturi grave ale orificiului vaginal (*Strassmann*, 1922).

De multe ori aparențe înșelătoare ne fac să atribuim sadismului crime cari în realitate au o altă origine decât aceea a pervertirii simțului genital.

I. Așa, *furia alcoolică, epileptică sau o simplă impulsiune violentă* sunt adesea unicul mobil al omorului și al mutilării cadavrului: 1) un impotent temporar omoară pe prostituata care-și bătuse joc de infirmitatea lui și apoi se sinucide; 2)unul, atins de infantilismul penisului, ceeace însă nu-l împiedeca să aibă erecțiuni, își sugrumă în timpul coitului soția, care-l ridiculizase pentru insuficiența-i congenitală — *Reuter,* 1926; 3) un idiot, împins numai de gândul unei răsbunări fără temeiu, a omorît și mutilat cu foarfecele cadavrele a două victime — *Mayer, 1917.*

II. *Misogenia homosexuală* poate explica o crimă cu aparență sadică: un homosexual strangulează femeea cu care a avut un raport sexual, pe motiv că ea il momise și astfel il „descalificase' (*Stekel*, 1923).

III. Rănirea sau chiar omorirea, în cursul raportului sexual sau după îndeplinirea acestuia, pot avea ca mobil *scârba de actul în sine* sau *răzbunarea:* un băiat de 15 ani a omorit, îndată după actul coital, pe servitoarea care-l sedusese (*Friedländer*, 1906).

IV. *Superstiția:* un țăran rus — căutător de comori — vede, în halucinațiile lui, o stafie care-l învăță că, stropind pământul cu sângele a 30 copii nevinovați, poate găsì orice comoară ingropată; în momentul în care a fost prins, omorâse deacum 9 copii de 4—7 ani.

c) Sadismul simbolic e forma cea mai inofensivă a acestei perversiuni a simțului genital.

Tipice sunt următoarele două observații ale lui Krafft-Ebing:

1. La zi fixă, o dată pe lună, se ducea la iubita lui și cu foarfecele îi *tăia o șuviță din părul de pe frunte;* aceasta îi ajungea spre a-i procura cea mai vie senzație voluptoasă.

2. Vizita la dată fixă mai multe prostituate și, *după ce le săpunea obrazul, făcea cu briciul gestul rasului* — și aceasta îi era suficient spre a ejacula.

d) Sadismul femeii — care, după *Balthazard*, pare a consta mai mult în cruzimi morale — a fost de fapt notat în forma sadismului mic. Citām două observații:

1. Nu putea să aibă plăcere în raportul sexual, dacă, înainte și în cursul actului, nu-și mușca soțul.

2. Frigiditatea femeii se topia, de îndată ce soțul îi dădea voie să-i facă o tăietură la braț și să sugă sângele din rană (*vampirism*).

O varietate a sadismului feminin e *sadismul fetelor tinere* cari, rămânând fecioare, își provoacă orgasmul prin torturarea sau chiar omorîrea victimelor, cruzimi intovărășite de acte cu colorit de aberațiune sexuală. *Wiethold* (1928) ilustrează acest sadism cu două observații concludente:

1. O fată de 14 ani, in interval de 12 zile, a strangulat doi copii mici (un băiețel de 2 ani și o fetiță de 3 ani).

2. O fată de 15 ani ademenește o fetiță, o duce afară din oraș și, pe câmp, după ce o desbracă, o lovește cu o nuia pe șezut și coapse, îi masturbează genitalele exterioare și apoi îi introduce in vagin o bucată de lemn lungă de 6 cm. După opt zile, procedează la fel cu o altă fetiță.

e) Sadismul cu animalele. — Sunt sadici cari nu pot avea raporturi sexuale decât cu animalele, pe cari în prealabil sau în urmă le omoară.

f) Victimele sadismului sunt, în primul rând, copii de ambele sexe, prostituatele, fete și femei cinstite, adolescenți și chiar adulți.

g) Etiologia perversiunii. — Cu rare excepții, sadicul e un degenerat și, in marea majoritate a cazurilor, un degenerat ereditar. Iar simptomele degenerescenței sunt:

1. Isbucnirea instinctului de ferocitate odată cu trezirea pornirii sexuale. Numai excepțional se observă cazuri de sadism tardiv.
2. Caracterul de obsesie-impulsiune al actului.
3. Natura sadică a viselor erotice.
4. Ereditatea perversiunii, care se intâlnește adesea in ascendența sau descendența, directă ori colaterală, a sadicului.

Sadicul e însă întotdeauna conștient de actele lui.

In formele lui atenuate (sadismul simbolic, sadismul pueril) *sadismul mic e compatibil cu paternitatea și cu maternitatea.*

VIII. Necrofilia

Aberațiune sexuală care constă in pângărirea cadavrelor umane, proaspete sau putrefiate, fie sub forma sugerii genitalelor și a mamelelor *(Krafft-Ebing)*, fie sub aceea a actului coital, vaginal sau anal (un caz intâmplat și la noi, in chiar incinta Institutului Medico-Legal din București și despre care pomenim în vol. I „Examenul petelor" pag. 532), fie însfârșit cu caracter net sadic.

Cazuri tipice de necrofilie cu pecetea sadismului:

1. Sergentul Bertrand care, ani in șir, a desgropat mai multe cadavre de femei și, după ce le-a violat, le-a mutilat și ciopârțit *(Tardieu)*.

2. In cimitirul unui sat austriac, în 1906, intr'o noapte, au fost scoase cadavrele dintr'un cavou familial și din zece morminte izolate și a doua zi mai toate au fost găsite mutilate, două femei aveau pântecele spintecate *(Haberda)*.

Degenerat, necrofilul comite actul fie sub imperiul unei obsesiuni-impulsiuni, fie din superstiție.

Necrofilia e pasibilă de sancţiunile *art.* 262 (ultraj public contra bunelor moravuri) şi *art.* 286 (violarea mormintelor).

IX. Zoofilia

Pasiunea omului (bărbat sau femee) pentru animale.

La *bărbat* îmbracă deobiceiu forma activă (un bărbat cu o iapă; un bărbat cu o găină), dar s'au notat şi cazuri de formă *pederastică pasivă* (un bărbat surprins cu un câine mare ciobănesc).

La *femee* e întotdeauna pasivă şi, în marea majoritate a cazurilor, în vagin. Dar s'au notat şi excepţiuni cu forma pederastică.

X. Nimfomania

Specifică femeii, nimfomania, metromania *(furor uterinus)* nu e propriu-zis o pervertire, ci în realitate o exaltare a simţului genital; e ceeace, la bărbat, caracterizează satiriasis.

După cauzele cari o produc, nimfomania e *constituţională cronică (degenerescenţă* cu caracter de obsesiune-impulsiune), *transitorie* (simptom episodic al paraliziei generale, al nebuniei periodice, al demenţei senile), *acută* (acces de delir nimfomanic, cu sfârşit de obiceiu funest) şi *accidentală* (o cauză locală: afecţiuni cutanate ale regiunii genitale, oxyuri ale vulvei şi rectului).

De regulă etero-sexuală, nimfomania poate fi şi homosexuală.

Indeosebi în nimfomania constituţională şi în cea acută se observă o hiperestezie sexuală dusă la paroxism: femeea, pradă a unei adevărate frenezii erotice, e incapabilă să-şi înfrâneze simţurile şi, în orbirea ei, se dă literalmente la om, fără deosebire de vârstă, stare socială şi înfăţişare exterioară.

In furia lor, nimfomanele sunt în stare să atenteze la viaţa persoanei pentru care au capriciul trecător, dacă obiectul alegerii lor nu le bagă în seamă ori rezistă.

In astfel de împrejurare, ori atunci când, prin gesturile şi cuvintele rostite, comit delictul de ultraj public contra pudoarei, nimfomanele fac obiectul unui examen medico-legal.

Nimfomania e compatibilă cu maternitatea.

XI. Inversiunea

> *„Creer de bărbat în corpul unei femei şi creer de femee în corpul unui bărbat".* — LADAME

Numită şi homosexualitate, inversiunea simţului genital se întâlneşte nu numai la bărbat ci şi la femee şi se manifestă prin preferinţa impinsă până la exclusivitate, pentru individul de acelaş sex, întru satisfacerea instinctului genezic. Homosexualitatea feminină, după varietatea practicei, e desemnată cu numele de *tribadism, safism* sau *amor lesbic.*

Homosexualitatea, după studiul lui Porot (1926), poate avea trei caractere: 1) *homosexualitatea compensatorie* — din cauza lipsei de ocazie de a avea raporturi etero-sexuale, individul capătă, cu timpul, deprinderea raporturilor homosexuale; 2) *homosexualitatea constituțională* — o repulsiune invincibilă pentru raporturile etero-sexuale, cu vise caracteristice; 3) *homosexualitatea dobândită* în urma unui traumatism psicho-sexual și care se manifestă sub forma unei obsesiuni-impulsiuni.

După cum e congenitală sau dobândită, inversiunea e considerată ca o boală — *inversiunea-perversiunea*, sau ca un viciu — *inversiunea-perversitate.*

1. **Inversiunea-perversiune** — numită, la bărbat și *uranism* (denumire dată de un magistrat german, Ulrich, homosexualul congenital care și-a descris propria-i boală) — e produsul unei stări morbide, tiranice, care anihilează dacă nu și conștiința, în orice caz voința bolnavului.

Intrevăzut de *Casper* (1852), „simțul sexual contrar" din născare a fost în deaproape studiat în prima linie de *Westphal* și *Krafft-Ebing* (în Germania), de *Charcot* și *Magnan* (în Franța), cari i-au identificat caracterele. Au urmat studii mai noui și subiectul e departe de a fi epuizat, atât sub raportul etiologiei și patogeniei, cât și sub acela al încercărilor terapeutice.

Steinach (1911) emite teoria existenței unei glande pubertare hermafrodite, cu predominarea (la bărbat) a hormonilor sexuali feminini cari erotizează sistemul nervos central, slăbind sau chiar anihilând cu totul acțiunea moderatoare a elementelor secrețiunii interne masculine. După *Wolff* (1925) uranismul ar avea și o cauză ereditară. Urmând indicațiunile lui *Steinach, Lichtenstern* (1918) și *Pfeiffer* (1922) au reușit să facă eterosexual pe câte un bărbat homosexual monorchid prin extirparea testiculului aparent și grefarea unui alt testicul. Și ambii foști uraniști s'au însurat, îndrăgostiți de soțiile lor.

Caracterele specifice inversiunii congenitale sunt:

a) *Precocitatea* — manifestarea neechivocă a anomaliei în chiar momentul trezirii instinctului sexual. Foarte rareori se înregistrează o întârziere mai mare în isbucnirea perversiunii.

b) *Inclinațiuni anormale*, cu repulsiune mai mult sau mai puțin pronunțată pentru sexul opus. Și aceste înclinațiuni se manifestă în diversele perioade:

1. In *prima copilărie:* băețelul are gusturi de fată, iar aceasta din urmă gusturi de băiat.

2. Puber, băiatul se excită, masturbându-se, la vederea nudităților masculine, iar fata invers.

3. In adolescență, băiatul își descoperă adevărata vocațiune sexuală in scârba ce-i inspiră primul contact etero-sexual și, după mai multe raporturi normale, potentia coeundi îi slăbește tot mai mult, până se declară impotența. Fata are și ea revelația adevăratelor ei aspirațiuni sexuale prin absența plăcerii în raporturile normale (prin căsătorie ori în uniunea accidentală) și senzația voluptoasă ce i-o procură primul act de tribadism.

Odată inițiat homosexualul, masculin sau femenin, capătă — și nu și-o ascunde — o oroare de neinvins pentru raportul eterosexual. Sunt însă și excepții: unii uraniști masculini pot practica, un timp, și coitul normal; uranistul feminin suportă, atâta vreme cât nu se poate eschiva, și coabitațiunea firească.

⁂

Edenhofer (1926) dă o descripțiune a narcisismului sau automonosexualismului, caracterizat prin aceea că obiectul excitațiunii sexuale este și rămâne insăș persoana invertitului.

Rohleder (1928) dă un exemplu de ceeace desemnează sub numele de trisexualitate la un bărbat: I. La 8 ani, în contemplarea corpului său în oglindă, are o senzație erotică trecătoare, care nu reapare decât la vârsta de 16 ani, la vederea nudurilor unora dintre camarazii lui de școală, cu aceiaș înclinare de auto-erotism cu o nuanță de homosexualitate. — II. Pe la sfârșitul epocii pubertare — pubertate tardivă — isbucnește instinctul *etero-sexual*. Adult, se însoară, are raporturi normale și devine de câteva ori tată. — III. Brusc reapare pornirea homosexuală, cu onanism și transvestivism. Se notează deci trei faze distincte ale trisexualității: auto-erotism; etero-sexualitate și homosexualitate.

Juliusburger și *Leibbrand*, într'un studiu asupra perversiunii polimorfe, citează cazul unui bărbat de 32 ani, dintr'o familie de psichopați (mamă histerică, tată violent). Copil nervos, școlar mediocru; suferă de mania grandoarei (se crede când Goethe, când Christos). Onanist exibiționist. Homosexual, dar are și raporturi eterosexuale normale, fără plăcere însă. Misogin: îi e scârbă de genitalele femenine, iar actul intromisiunii îl ingrozește. Plăcerea lui cea mai mare e să fie spectator la șcene de amor lesbic între prostituate (pe cari le plătește anume pentru această producțiune).

Brock (1929) publică observația privitoare la o femee care, travestită ca bărbat, a fost totuș de două ori măritată.

Hirschfeld (1928), pe baza unor observații, a identificat existența unei intersexualități ereditare: virilism la femee și feminism la bărbat. El deosebește 5 specii de intersexualitate: *hermafrodismul adevărat, pseudo-hermafrodismul, transvestivismul, metatropismul* (atracțiune reciprocă și raporturi între femei virile, atracțiune reciprocă și raporturi între bărbați feminini) și *homo-*

sexualitatea (uranistul sau uranista cari își satisfac perversiunea și cu indivizi netarați, ci numai perverțiți cari practică pederastia sau lebismul din viciu ori profesie).

c) *Conștiința deplină a anomaliei,* dar și aceea a imposibilității de a rezista puterii impulsive a obsesiunii morbide. Unii homosexuali sunt abătuți, umblă cu gândul sinuciderii și se simt ușurați, atunci când li se stinge apetitul sexual.

d) *Coexistența mai multor stigmate de degenerescență* și fizică și somatică.

e) *Visurile erotice* au și ele caracterul net homosexual.

f) *Intocmai ca amorul firesc,* amorul homosexual își are capriciile și violența celui dintâiu: aceleași pasiuni, aceleași accese de gelozie, aceleași infidelități, aceleași rupturi.

g) *Pudoarea homosexuală:* uranistul masculin, care nu se jenează să apară gol în fața unei femei, își ascunde cu grijă nuditățile în fața unui bărbat care nu e din tagma lui. La fel și uranista care, indiferentă în fața unui bărbat, e desperată atunci când e surprinsă goală de o femee străină.

h) *Uranistul masculin* se efeminează: își epilează barba, se fardează, poartă brățări și uneori îmbrăcăminte femeiască, își acopere organele genitale cu un bandaj, manifestă aversiune pentru sporturile masculine și se inițiază în lucrul de mână.

Femeea uranistă caută să-și dea o alură virilă: fumează și bea ca un bărbat, uneori poartă costum bărbătesc și, în dreptul pubisului, își fixează o perinită, spre a simula proeminența organelor genitale masculine.

i) *Uranistul masculin* are predilecție pentru pederastia pasivă (pe care rare ori o caută în tovărășia unui alt uranist, ci preferă societatea pederastului profesionist), pentru masturbarea mutuală sau pentru coitul bucal. Uneori unica plăcere a bărbatului uranist e de a masturba el adolescenți.

Femeea uranistă își găsește satisfacția instinctului sexual în practica, în tovărășie, a *masturbației digitale,* a *onanismului bucal (safismul, amorul lesbic)* și a *tribadismului* (frecarea mutuală a părților genitale). In raporturile dintre două uraniste se notează uneori un simulacru de coit normal: una din ele prevăzută cu un penis artificial, fixat cu ajutorul unei cingători, joacă rolul activ al bărbatului.

Excepțional, uranistul e capabil de procreațiune; femeea uranistă, suportând și raportul eterosexual, nu pierde facultatea concepțională.

2. **Inversiunea-viciu** sau **inversiunea-perversitate** (**dobândită**). — Deosebirea între invertitul congenital *(uranistul)* și invertitul făcut e că, pe când cel dintâiu e victima unei predispozițiuni

constituţionale, sclavul unei legi fatale, neiertătoare, cel de al doilea e produsul unor circumstanţe factice cari, după *Chevalier,* sunt:

a) *Fobia consecinţelor eventuale ale raporturilor sexuale fireşti.*

1. Teama de contaminare venerică, la *bărbat* (despre regele Henric al III-lea se spune c'a devenit pederast după ce a contractat o blenoragie dela o femee). Dar homosexualitatea nu prezervă întotdeauna de o atare infecţie: e foarte frecventă blenoragia rectală la cei pasivi şi, ca urmare, cea uretrală la pederaştii activi.

2. Teama *femeii* de a rămâne însărcinată.

b) *Depravarea.* Bărbatul, care a uzat şi abuzat de funcţiunea genezică firească, la un moment dat caută senzaţii noui, uneori însă fără a renunţa şi la cele normale (Cesar fusese doar poreclit: „bărbatul tuturor femeilor, femeea tuturor bărbaţilor"). Unii, odată alunecaţi pe această pantă, ajung să fie stăpâniţi de noua patimă. Homosexualii din viciu se recrutează şi printre onaniştii inveteraţi.

c) *Din necesitate,* în aglomeraţiunile de indivizi de acelaş sex şi din cauza absenţei totale ori a insuficienţei numărului de indivizi aparţinând sexului opus: în cazărmi, penitenciare, aziluri, căminuri, pensionate, internate, pe bordul vapoarelor, etc.

Adepţi ai homosexualităţii devin, prin cerinţa naturii, acei cari, prin însăş chemarea lor, sunt osândiţi celibatului perpetuu: călugării, călugăriţele, membrii clerului catolic în genere. Edificatoare, sub acest raport, e suplica înaintată de cardinali Papei Sixt al IV-lea (secolul XV) prin care solicitau „îngăduinţa de a comite păcatul homosexualităţii în timpul celor trei luni de călduri mari ale anului".

Necesitate care a fost observată şi la animalele cărora împrejurarea le impune abstinenţa un timp mai îndelungat: după continenţă, cocoşul se face găina primului mascul, care-i iese în cale.

d) *Profesiunea.* Cea mai abjectă categorie de homosexuali o constitue prostituatele masculine — indivizi cari trăesc din infama lor îndeletnicire. Invertitul prostituat e un pericol social, prostituţia masculină fiind bulionul de cultură al crimei.

Invertitul viţios, putând avea şi raporturi fireşti, e capabil de a procrea.

⁂

Bolnav, uranistul, chiar atunci când vine în conflict cu legea penală, are o responsabilitate atenuată. Viţios, homosexualul făcut iar nu născut, nu are dreptul la nicio indulgenţă.

Ba, sunt ţări în cari şi uranistul nu scapă de rigorile codului: în Austria, Norvegia, Danemarca, Anglia, America şi Germania (în această din urmă ţară, homosexualitatea e pedepsită cu închisoarea şi uneori şi cu pierderea drepturilor civile).

CAP. VI

LEGIFERAREA STERILIZĂRII ŞI A CASTRĂRII FORŢATE PENTRU AMBELE SEXE

> *„Atunci când e de prevăzut că o persoană atinsă de o boală ori o infirmitate mintală incurabilă nu poate avea decât o descendenţă tarată, acea persoană poate fi obiectul unor măsuri de ordin medical, spre a se împiedeca procreaţiunea“.* (Art. 28 *bis* din „Legea regimului alienaţilor“ din cantonul Vaud-Elveţia).

Şi aceste „măsuri de ordin medical“ (votate de aproape unanimitatea Marelui Consiliu al cantonului Vaud, în şedinţa dela 3 Septembrie 1928) se traduc în fapt prin sterilizarea (*vasectomia* Noecke-Rentout: suprimarea a câte unei porţiuni de 1 cm. de fiecare parte a canalului deferent la bărbat, a trompei lui Falloppe la femee; aplicarea razelor X) ori *castrarea* bărbatului sau a femeii, a căror funcţiune genezică e considerată nu numai ca un neajuns, ci ca o adevărată primejdie socială. Ne grăbim să adăugăm că această dispoziţiune legală — prima ca atare în Europa — nu face decât să ratifice o practică veche de douăzeci de ani nu numai în Vaud, ci şi în alte cantoane ale Confederaţiei helvetice. Şi ea se aplică nu numai alienaţilor propriu-zişi, ci oricărei persoane atinse de o infirmitate mintală, ale cărei acte sunt de natură să alarmeze pe reprezentanţii societăţii. Sterilizarea ori castrarea e ordonată de Consiliul Sanitar al cantonului, pe baza unei anchete oficiale şi a concluziunilor conforme ale unei expertize medicale, care trebuie să facă demonstraţia ştiinţifică neîndoioasă, că eventuala progenitură a bărbatului sau a femeii vizate e susceptibilă de a fi anormală.

Iniţiativa sterilizării şi a castrării în Elveţia revine cantonului Sanct-Gallen care, cu două decenii în urmă şi fără un text legal, ci numai ca măsură administrativă, a experimentat-o la azilul din Vil. Sub impulsiunea profesorului H. W. Mayer, practica operaţiei a trecut la azilul cantonal Burghölzli şi la policlinica psichiatrică din Zürich, precum şi la ospiciul din Cery; profesorul Naville a introdus sterilizarea în cantonul Geneva, iar administraţia Asistenţei Publice din Berna a ordonat sterilizarea unor femei sărace cari, prin prolificitatea lor, constitue o prea mare sarcină pentru budgetul ei. Muret, fost profesor la Facultatea de Medicină din

Lausanne (într'un foarte documentat raport citit la adunarea generală din 1927 a Societăţii de higienă socială şi morală) recomandă sterilizarea, după împrejurări, ca indicaţiune terapeutică, eugenică, de igienă socială preventivă şi ca măsură dictată de consideraţiuni socialo-economice. Dr. Hauswirth, deputat în Marele Consiliu al cantonului Berna, a mers şi mai departe, prin propunerea făcută (în 1923), pentru suprimarea pur şi simplu a „indizerabililor" sub raportul funcţiunii genezice. Şi şi-a îmbrăcat ideea de otrăvire a alienaţilor incurabili şi a idioţilor în vestmântul unui umanitarism foarte discutabil, ca să nu-l calificăm altfel: „Animalele bolnave sunt ucise, iar oamenii atinşi de o boală incurabilă sunt osândiţi să sufere toată vieaţa lor". Ne îngrozim numai la gândul crimelor sociale, ce prin abuz s'ar comite sub egida acestei euthanasii, când ne putem lesne închipui câte atentate legale se pot săvârşi numai cu sterilizarea şi castrarea, atunci când expertiza medicală nu e înconjurată cu toate garanţiile necesare de competinţă şi de sinceritate.

Şi totuş suntem şi noi partizani ai sterilizării şi castrării, pentrucă este un mijloc eficace de apărare a societăţii împotriva procreaţiunii morbide. Precum am aplaudat la propunerea de sterilizare a alcoolicilor incurabili (*„Der Alkohol im Lebensprozess der Rasse"* — raportul lui Rudin la Congresul antialcoolic din Brema — 1903), a alienaţilor criminali şi a criminalilor deveniţi alienaţi (raportul lui Forel la Congresul neo-malthusian dela Haga, 1910; studiul lui *Good* în *„Journal suisse de droit pénal"* 1910), tot aşa aprobăm legea cantonului Vaud. Şi o facem pe baza rezultatelor obţinute cari cu adevărat sunt edificatoare:

1. In raportul citit în adunarea generală a Societăţii elveţiene de psichiatrie (1923), profesorul H. W. Mayer a analizat sterilizările şi castrările practicate la Burghölzli, la Policlinica de Psichiatrie din Zürich şi la azilul din Vil. Totalul de 43 persoane sterilizate se descompune în: 21 bărbaţi şi 22 femei. Dintre bărbaţi, doi au fost supuşi acţiunii razelor X, iar 19 castraţi; dintre femei, 12 au fost sterilizate prin acţiunea roentgeniană, iar 10 castrate. După sterilizare şi castrare, 32 internaţi au putut fi puşi în libertate, fără a mai fi dat vreodată de lucru tribunalelor represive. Dintre femeile sterilizate, trei (demente sau imbecile) fuseseră osândite pentru pruncucideri repetate, iar toate cele 10 castrate alarmaseră prin instinctele lor sexuale exagerate, combinate cu tare intelectuale sau morale.

2. In aceeaş adunare, Doctorul Steck a expus rezultatele sterilizării şi castrării practicate în 27 cazuri (25 femei şi 2 bărbaţi). Toţi operaţii, cu excepţia unei singure femei, au putut fi puşi în libertate, fără ca prin purtarea lor ulterioară să mai fi dat ocazie pentru o nouă internare.

3. *D-ra Marie Thérèse Nisot*, doctor în drept (care în numărul 733, din 1 Februarie 1929 al revistei *„Mercure de France"*, consacră un documentat studiu chestiunii sterilizării anormalilor) relevează că nu odată se întâmplă, în Elveţia, să se sterilizeze femei sănătoase, numai în scopul de a le împiedeca să rămână însărcinate, bărbaţii lor fiind alienaţi, degeneraţi ori alcoolici inveteraţi. Deasemenea, în unele comune elveţiene se obişnueşte sterilizarea persoanelor fără căpătâiu, a fetelor cari au născut unul sau mai mulţi copii ilegitimi.

Concepţia elveţiană în favoarea sterilizării şi a castrării anormalilor se inspiră din două consideraţuni: *a)* împiedecând pe degeneraţi să procreeze, se degrevează budgetul Statului de cheltuelile de internare prelungită; *b)* această internare prelungită constitue adesea o atingere adusă libertăţii individuale şi un neajuns cu mult mai grav ca o intervenţie chirurgicală benignă.

*
* *

In ce priveşte Europa, ideea sterilizării „indezirabililor" sociali, pornită din Elveţia, şi-a făcut drum şi în alte ţări unde, deşi n'a primit încă puterea sancţiunii legale, e aplicată pe cale de măsură administrativă: Anglia, Suedia, Norvegia, Germania, Finlanda.

In *Danemarca*, în Decembrie 1928, ministrul de justiţie a sesizat Folketingul cu un proect de legiferare a sterilizării criminalilor majori, „la cererea lor şi în urma unei dispoziţiuni a ministerului de justiţie". Expunerea de motive explică parlamentului, că e vorba de „indivizi al căror instinct sexual, prin puterea ori tendinţele lui anormale, îi expune să comită crime, — deci indivizi periculoşi societăţii". Ordinul de sterilizare e dat pe baza unui avis al Consiliului de Medicină-Legală şi al Biuroului de higienă socială.

In *Suedia*, Parlamentul a şi adoptat în principiu un proect de lege (din iniţiativa doctorului Petren), urmând ca reglementarea să se facă pe baza unui referat al Institutului de Biologie Racială.

Parlamentul saxon e şi el sesizat de un proect de legiferare a sterilizării.

Doctorul Norman Haire (*Anglia*), în raportul citit la primul congres internaţional de studii sexuale (Berlin, 1926), preconizează sterilizarea nu numai în caz de degenerescenţă mintală, dar încă pentru bolile ereditare (sifilisul, tuberculoza), sau chiar pentru alte boli cari pot influenţa în rău sănătatea trupească şi integritatea intelectuală a progeniturii.

In ce priveşte ţările extra-europene, avem de notat că, în 23 dintre *Statele Uniunii Nord-Americane*, legea prevede sterilizarea anormalilor şi criminalilor recidivişti. H. Laughlin (Eugenics Record Office) a pornit o campanie în favoarea sterilizării tuturor categoriilor de indivizi taraţi (socially inadequate classes): debilii mintali, alienaţii, epilepticii, alcoolicii inveteraţi, tuberculoşii, sifiliticii, leproşii, orbii şi chiar acei cari nu sunt atinşi de cecitate completă, surzii, vagabonzii.

Parlamentul din Alberta *(Canada)* a adoptat o lege autorizând sterilizarea delincvenţilor şi anormalilor mintali, socotiţi nocivi intereselor rasei. Hotărârea trebue luată cu unanimitatea unei comisiuni de patru medici, dintre cari o femee.

Parlamentul din *Noua-Zeelandă* a fost sesizat de o propunere în acest sens.

Precum se vede, principiul sterilizării și castrării, ca măsură de profilaxie socială, câștigă teren și nu e exclus ca el să fie încetățenit și la noi. Iată dar un nou câmp de intervențiune a medicului legist, a cărui știință și conștiință vor fi puse la contribuție într'un gen de expertiză extrem de delicat.

Din nenorocire un principiu, în sine sănătos și util societății, a și început să fie exploatat de practiciani cari, din dorința de câștig și sub masca unei binefăcătoare aplicațiuni terapeutice, apar în urâta lumină a șarlatanilor. Trâmbițând avantajele sterilizării pentru anumite stări morbide, acești profitori ai naivității și credulității nu mai fac nici o selecțiune și, neavând alt obiectiv decât încasarea unui onorariu proporționat cu punga clientului, suprimă funcțiunea genitală și la persoane libere de orice tară congenitală ori dobândită, pe cari însă le „conving" de necesitatea intervențiunii.

Sub acest raport, *Tietze* („Muenchener Medizinische Wochenschrift", 1929) atrage atenția asupra cazului profesorului-chirurg Dr. Schmerz (din Graz, Austria), condamnat de tribunalul local (în Octombrie 1929) la o amendă de 15.000 schillingi, pentru a fi practicat nu mai puțin de 500 (după unii martori 700) sterilizări de muncitori (printre cari profesorul Dr. Schmerz se bucura de un mare ascendent, ca unul ce avea aureola umanitaristă a uneia din căpeteniile recunoscute ale organizației socialiste din Graz). Și aceasta, pe baza unui tarif care oscila între 30 și 200 schillingi de cap.

Cazul acesta instructiv trebuie să trezească vigilența autorităților sanitare și judecătorești, spre a pune stavilă unor practice pe cât de primejdioase pe atât de dăunătore economiei demografice. Sterilizarea trebuie asemuită avortului terapeutic și întocmai ca acesta nu trebuie admisă decât pe temeiul unor garanții de sinceritate neîndoioasă: un consult medical, întărit cu avizul unui medic legist, cu proces-verbal ale cărui concluzii să se pronunțe hotărît pentru nevoia intervenției.

* * *

Să notăm că, în deosebi în ce privește femeea, sterilizarea acesteia, considerată ca o *indicațiune terapeutică anti-concepțională*, a făcut obiectul unor ample desbateri la Congresul Asociațiunilor ginecologilor și obstetricienilor ce s'a ținut în Octombrie 1929, la Bruxelles.

I. INDICAȚIUNEA GENERALĂ: o stare patologică, dobândită ori congenitală, susceptibilă de a compromite grav sănătatea sau viața femeii dacă ar rămâne însărcinată.

II. INDICAȚIUNEA SPECIALĂ poate fi obstetricală, ginecologică sau medicală.

a) **Indicațiunea obstetricală** e din ce în ce mai eliminată, de când cesariana aproape nu mai e legată de riscuri grave (1,5—2% mortalitate).

b) **Indicațiunea ginecologică** e operantă numai atunci când o facere ar compromite rezultatul plastic sau funcțional al unei operațiuni ginecologice.

c) **Indicațiunea medicală** e considerată indiscutabilă în:

1. *Tuberculoza* cu evoluția gravă, pentru care un tratament apropriat e inaplicabil și când există o *tuberculoză laringee.*

2. *Cardiopatiile:* în turburările de compensațiune, cu accidente gravido-cardiace, asistolie pronunțată, îndeosebi în strâmtarea mitrală sau aortică, în miocardită.

3. *Nefrita cronică.*

4. *Psichosele puerperale, epilepsia, choreea și scleroza în plăci.*

5. *Osteomalacia.*

In ce privește procedeele de sterilizare a femeii, ele sunt de trei feluri: biologice, fizice și chirurgicale.

a) **Procedeul biologic.** — 1. *Injecțiunile de spermă,* cari nu duc însă decât la o sterilizare temporară (6—8 luni).

2. *Injecțiunile cu insulină,* tot o sterilitate temporară.

b) **Procedeul fizic.** — 1. *Atmocausis* (vaporizarea cavității uterine).

2. *Cauterizarea ostium-ului* prin electro-coagulare, prin razele X și prin radium. Se poate obține sterilitatea permanentă.

c) **Procedeul chirurgical.** — 1. *Divizarea vaginului în două părți,* dintre cari una terminată în fund de sac (pentru raporturile sexuale).

2. *Modificarea orificiului colului uterin.*

3. *Excluderea ovarului* cu incluziunea lui în perete.

4. *Ablațiunea ovarului.*

PARTEA II

MINORUL

> *„Minor este acela care nu are încă etatea de 21 ani împliniţi, fie partea bărbătească sau femeească“.* (Art. 42 c. c.).
>
> „Este considerat minor, în înţelesul legii penale, orice persoană care n'are 21 ani împliniţi“. *(Proectul Codului Penal 1928, art. 165).*

Dela prima manifestare a *vieţii extra-uterine* şi până'n al 21-lea an al vârstei, noul membru al societăţii e privit, atât din punctul de vedere al ***exerciţiului efectiv al drepturilor civile*** cât şi din acela al ***responsabilităţii penale***, ca un individ lipsit de maturitatea legală: e ***minor***. Şi e considerat ca atare, pentrucă i se tăgădueşte pe deoparte *experienţa desăvârşită* spre a putea uza — fără prejudiciu pentru propriile lui interese — de prerogativele civile, iar pe de alta *discernământul limpede* spre a fi în stare să facă deosebirea absolută între ce e bine şi ce e rău, între ce e vinovat şi ce este inofensiv. Urmează deci, că de la naştere şi până la etatea de 21 ani, legea drept personalitate neisprăvită îl socoate şi ca atare îl tratează, nu numai îngrădindu-i facultatea de a se bucura de traducerea în fapt a capacităţii civile ce i-a fost atribuită încă în cursul vieţii fetale, dar şi indulcind sancţiunile edictate pentru nesocotirea legii penale.

Legiuitorul, în solicitudinea (dreptul civil) şi indulgenţa (dreptul penal) arătate individului necopt, nu s'a mărginit la o acţiune de limitare, ci a ţinut să exercite şi una de hotărîtă ocrotire. De aci, pe deoparte *prescripţiunile de apărare a dreptului de filiaţiune. (Art. 292—296 c. c.:* dovada actului de naştere — o jurisprudenţă din 1875 a Casaţiei noastre admite ca început de dovadă chiar numai actul de vaccinare, dovada posesiunii de Stat şi aceea a notorietăţii, cu corolarul *art. 276 C. P.* care pedepseşte nedeclararea noului născut). Pe dealtă parte, ***asprele sancţiuni speciale pentru proteguirea însăş a vieţii şi sănătăţii trupeşti şi morale în timpul minorităţii*** (Codul Penal: ***art. 230***, pruncuciderea; ***art. 275, 280*** şi ***281***, răpirea minorului: ***art. 278—279*** lepădarea şi schilodirea, sau chiar numai îmbolnăvirea copilului mai mic de 7 ani abandonat; ***art. 266*** şi ***283***, influenţele nefaste pentru ticăloşirea minorului; ***art. 322***, specularea patimilor minorilor; art. 265—266, atentatul la pudoare). In al treilea loc, codul civil pune o stavilă puteri părinteşti *(art. 331)*. Prin *art. 127* el proclamă principiul nulităţii căsătoriei contractate de un minor (cu o reducere însă a limitei de vârstă); prin *art. 421—433* statorniceşte regulile emancipării; iar prin *art. 343—420* pe acelea ale tutelei.

Măsurile acestea tutelare sunt toate admirabile. au însă cusurul că păcătuesc prin contradicţiunile legale in ce priveşte delimitarea diverselor faze ale vârstei minoritare. Şi nepotrivirea aceasta se constată nu numai între cele două legiuiri esenţiale (Codul civil pune ca termen al minorităţii 21 ani, iar Codul penal in vigoare. în materie de răspundere atenuată. se opreşte la 20 ani, numai proectul de modificare îşi însuşeşte termenul fixat de legea civilă). dar chiar în cuprinsul fiecăruia din aceste două coduri.

Aşa: *art. 127. c. c.* socoate pe băiatul la *18* şi pe fata la *15* ani copţi la minte pentru căsătorie. act de o influenţă covârşitoare pentru depănarea întregului fir al vieţii, dar nu admite emanciparea orfanului de ambii părinţi. înainte de *20* ani. deşi îngrădeşte puterea părintească incepând cu al 16-lea an al vieţii.

Codul penal: art. 62 pune întâia treaptă de răspundere, începând cu vârsta de *8* ani. când se presupune că incepe să germineze discernământul: când e vorba. însă de pedepsirea abandonului (lepădarea, *art. 279)*, reduce termenul la *7* ani: adică, nu e capabil nevârstnicul mai mic de *8* ani să-şi dea seama că săvârşeşte o infracţiune, în schimb nu mai e nevolnic dela *7* ani pentru a-şi bătători singur cărarea vieţii. Şi aceasta după ce in altă parte *(art. 283:* răpirea) găseşte că minorul sub *16* ani mai are nevoie de protecţiunea deosebită a legii. *Art. 263* pedepseşte atentatul fără violenţă la pudoarea unui minor (indiferent de sex) sub *14* ani, dar a doua treaptă de răspundere a minorului începe dela *15* ani *(art. 63)*.

Codurile de procedură penală şi civilă aduc şi ele partea lor de contribuţie la acest amestec al limbilor juridice. când edictează: „Dacă acuzatul are mai puţin de *16* ani. preşedintele va pune. sub pedeapsă de nulitate. următoarea chestiune: Acuzatul lucrat-a cu pricepere?“ *(art. 364 c. pr. p.)*: „Copii de ambele sexe. cari nu vor fi implinit etatea de *16* ani, vor putea fi auziţi (în materie de mărturie) numai sub formă de declarare şi fără a face jurământ“ *(art. 76 c. pr. p.)*; „Copii mai mici de *16* ani vor putea fi ascultaţi fără a jura“ *(art. 197 c. pr. c.)*. Iar când este vorba de beneficiul răspunderii atenuate, limita superioară e fixată la *20* ani. *(art. 63 şi 65)*, limită pe care Codul Justiţiei Militare, *art. 192*, o reduce la *16* ani: „Dacă Consiliul de Răsboiu a constatat că acuzatul, mai tânăr de *16* ani. n'a lucrat cu pricepere. se atenuează pedeapsa“; pe când protecţiunea contra coruperii minorului (băiat sau fată) se întinde până la al 21-lea an împlinit *(art. 267 c. p.)*.

Iar instanţa supremă de interpretare şi aplicare a legii nu rezolvă nici ea problema, de vreme ce, cu nesocotirea acestei din urmă dispoziţii, proclamă că „art. 63 c. p. stabileşte majoritatea în materie penală la 20 ani împliniţi", *(Cas. S. II* Sept. 1893). Nici proectul de modificare a codului penal nu ne oferă o armonie desăvârşită întru fixarea termenului extrem al minorităţii, de vreme ce prin *art. 165*, fixând copilăria până la 13 ani împliniţi, iar adolescenţa până la 18 ani împliniţi, *nu ne spune în ce categorie intră infractorul de 18—21 ani împliniţi*, deşi din capul locului declară minor pe cel care n'a depăşit al 21-lea an al vârstei.

* * *

Am socotit utile aceste observaţiuni critice, de oarece expertul e chemat să se rostească în numeroase speţe de medicină legală, referitoare atât la capacitatea legală cât şi la puterea de discernământ a minorului, sub raportul dreptului de autodeterminare, sau sub acela al răspunderii pentru infracţiunile săvârşite. Deasemenea se pot prezinta speţe de expertiză medico-legală, atunci când victima infracţiunii e minorul, chiar când autorii acesteia sunt proprii lui părinţi. In ce priveşte maltratarea copiilor şi omorîrea lor *(libericidul* definit de *art. 312 c. p.* francez, modificat prin legea dela 1908 şi care prescrie sancţiuni speciale pentru atentatele la sănătatea şi vieaţa copilului până la 13 ani), vom observa că legiuirea noastră penală (cu excepţia pruncuciderii şi a schilodirii rezultate de pe urma abandonului) nu face nici o deosebire sub raportul vârstei: pentru rănire, lovire, omor, se aplică dispoziţiunile generale din art. 225—228, 231—234, 238—242, 245, 248—249.

Atentatele speciale la sănătatea şi vieaţa copilului se prezintă sub forme variate: 1) hrană insuficientă sau cu totul suprimată (după *Wibmer* rezistenţa nouilor născuţi la efectele inaniţiei nu trece de 67 ore); 2) expunerea la efectele frigului ori ale căldurii excesive; 3) împiedecarea copilului de a dormi; 4) terorizarea copilului; 5) sechestrarea (camere întunecoase, pivniţă, pod, dulap, cufăr, etc.); 6) loviri şi răniri (striviri, zdrobiri, mutilări, arsuri); 7) otrăvire; 8) menţinerea într'o anumită poziţiune fixă; 9) silirea la executarea unor lucrări peste puterile copilului; 10) impunerea de a face pe jos drumuri istovitoare.

* * *

Criteriul legal (aşa haotic cum este) şi cel ştiinţific, pentru caracterizarea stării de minor, sunt vârsta şi gradul de pricepere (mai mult sau mai puţin desvoltată ori chiar atrofiată de cauze de ordin ereditar sau patologic).

CAP. I

VÂRSTA

E primul criteriu. Trebuind să facem examenul faptelor medicale in cadrul strict mărginit al legilor în vigoare, nu mai vedem interesul ce l-ar prezinta o diviziune pur științifică a vârstei, asupra căreia, de altfel, nu există un acord stabilit. (De exemplu, în materie de pubertate, *Tourdes* fixează epoca între 15 și 18 ani, iar *Lacassagne,* din contră, împinge limita la 20 ani).

Etapele minorității, precum am văzut, sunt marcate de vârstele de 7, 8, 14, 15, 16, 18, 20 și 21 ani: *a) dela naștere la 7 ani* (art. 277—279 c. p.); *b) dela naștere la 8 ani* (art. 61 c. p.); *c) 8—15 ani* (art. 62 c. p.); *d) dela naștere până la 14 și 15 ani* (art. 263—264 c. p.); *e) dela naștere până la 16 ani* (art. 281 și 283 c. p. și art. 330—331 c. c.); *f) 18 ani* (art. 421—422 c. c.); *g) dela 15 la 20 ani* (art. 63 și 65 c. p.); *h) 15 și 18 ani* (art. 127 c. c.); *i) 20 ani* (art. 423 c. c.); *j) 21 ani* (art. 267, 280 și 322 c. p.; art. 342 c. c. care fixează limita minorității). In consecință, vom examina și noi fiecare din aceste etape, după indicațiunile ce ni le pot da talia, greutatea, dentițiunea și diversele manifestațiuni ale vieții individuale.

A. Talia și greutatea

1. **In momentul nașterii.** media *taliei* (pentru copilul născut la termen sau aproape de termen) e de 50 cm. (băieți) și 49 (fete). In primele 5 săptămâni ale vieții extra-uterine, copilul nu crește cu mai mult de 5—6 cm., iar *la sfârșitul primului an*, creșterea totală e, în medie, de 20 cm. Media *greutății* e, se știe, de 3200 gr. (băieți) și 2900 (fete). Greutatea aceasta scade în prima săptămână a vieții extra-uterine, cu maximul pierderii în ziua a 3-a *(Quetelet)* sau scăderea în greutate (până la 1 15) continuă până la mijlocul săptămânii a 2-a *(Breslau).* In primele 6 săptămâni, copilul câștigă 500—600 gr. în greutate, iar la sfârșitul primului an, greutatea aproape s'a triplat (9450 pentru băieți și 8790 pentru fete).

2. **In anii următori.** talia și greutatea cresc paralel, după o scară stabilită de *Quetelet* (până la 13 ani), de *Variot* și *Chaumet* (până la 16 ani) și de medicii Societății de Asigurare „Equitable" din America (dela 15 până la 24 ani). In general, la o creștere normală, **diferențele de talie,** dela un an la altul (până la 16 ani)

sunt (după *Variot* și *Chaumet)* de 3.3 cm. — 8.7 cm. (maximum dela 14 la 15 ani și minimum dela 11 la 12 ani) *pentru băeți*, și de 1,3 cm. — 8,2 cm. (maximum dela 2 la 3 ani și minimum dela 15 la 16 ani) *pentru fete*. In ce privește **diferențele de greutate**, s'a constatat că la 1 an sporul e de vreo 6 kgr., apoi se reduce la 1—2 kgr. pe an până la 10 ani, la 2—4 kgr. de la 11 la 14 ani, la 3—6 kgr. dela 15 la 20 ani. La 12 ani, greutatea e aproape egală (după *Quetelet)* la băeți și fete (cu o diferență de 1300 gr. în plus pentru *băieți*, după *Variot* și *Chaumet)*.

Creșterea (talia și greutatea) se accentuează mai ales la epoca pubertății: cu 8,7 cm. și 6200 gr. în al 15-lea an al băiatului și 7,1 cm. și 4300—4800 gr. în al 13-lea și al 14-lea an al fetei. La adultul normal, numărul kilogramelor e aproape identic cu numărul centimetrilor în plus peste un metru.

Tabela lui Quetelet

(dela naștere până la 13 ani)

Vârsta	Băeți		Fete	
	Talia	Greutatea	Talia	Greutatea
	m.	kgr.	m.	kgr.
0 ani (la naștere)	0,500	3,200	0.490	2.910
1 an	0,698	9.450	0,690	8,790
2 ani	0,771	11,340	0,781	10,670
3 „	0.864	12,470	0,852	11,790
4 „	0,928	14.230	0,915	13,000
5 „	0,988	15,770	0,974	14,360
6 „	1.047	17.240	1,103	16,010
7 „	1,105	19,100	1,146	17,540
8 „	1,162	20,760	1,181	19,080
9 „	1.249	22,650	1,195	21,360
10 „	1,275	24,520	1,248	23,520
11 „	1,330	27,100	1,299	25,650
12 „	1,385	29,820	1,333	29,820
13 „	1,439	34.380	1,403	32,940

Tabela lui Variot și Chaumet

Tabela aceasta fiind stabilită pe examenul exclusiv al copiilor parizieni, o utilizăm, numai cu titlu de orientare, pentru 13-16 ani, perioadă a vieții pentru care nu găsim indicații în tabela lui Quetelet :

Vârsta	Băeți		Fete	
	Talia	Greutatea	Talia	Greutatea
	m.	kgr.	m.	kgr.
14 ani	1,451	33,700	1,486	38,300
15 „	1,538	41,900	1,529	43.200
16 „	1,596	47,300	1,542	46.000

In *tabela Societăţii de Asigurare „Equitable"*, nu găsim indicaţiuni separate pentru fiecare an, ci numai globale pentru întreaga perioadă de 15-24 ani. Aceste indicaţiuni stabilite după anumite tipuri medii (determinate pe baza examenului a 74.162 bărbaţi in vârstă de 15 până la 69 ani), variază după gradul de desvoltare a constituţiei anatomice a individului:

Tabela Societăţii „Equitable"

(un individ — bărbat — de 15 – 24 ani)

Talia (in metri)	1,52	1,55	1,57	1,60	1,63	1,65	1,68	1,70	1,73	1,75	1,78	1,80	1,83	1,85	1,88	1,91
Greutatea (in kgr.)	54,40	55,30	56,20	57,57	59.38	60.74	62,56	64,37	66.18	67,99	69,81	72.08	74,80	77,06	79,78	82.05

3. **Perimetrul toracic.** — O altă indicaţiune ne-o dă perimetrul toracic care, la 20 ani, e cât jumătatea taliei plus vreo 20 cm.

4. **Infantilismul şi gigantismul.** — Deosebirile de talie şi de greutate, date de această din urmă tabelă, ne arată că e cu neputinţă să se indice cifre precise, talia şi greutatea fiind în funcţiune nu numai de condiţiunile vieţii, de gradul de maturitate sexuală, ci şi de agenţii eredo-patologici cari influenţează creşterea individului. Aceasta ne aduce să vorbim de două specimene bine caracterizate: *infantilismul* sau *nanismul* şi *gigantismul*. Mai înainte însă să arătăm cari sunt condiţiunile de creştere normală.

După *Gaudin* („Recherches anthropométriques sur la croissance des diverses parties du corps"), maximul de creştere a taliei se produce până la 15 ani şi jumătate şi aceasta, prin desvoltarea membrelor inferioare; iar dela această vârstă, creşterea se accentuează la bust. La 15 ani şi jumătate, partea sub-ombilicală a corpului e mai lungă decât cealaltă jumătate a corpului cu 26.2 cm., iar la 17 ani, această diferenţă e de 31,4 cm. Iar *Geoffroy de Saint Hilaire* a observat că, atunci când desvoltarea genitală e complectă, talia nu mai creşte.

a) *Infantilismul.* — E vorba de piticii cari sunt sau un efect al opririi bruşte a desvoltării (prin intervertirea ordinei de creştere între membrele inferioare şi bust) sau un produs ereditar. La un pitic adult, talia oscilează între 89 şi 122 cm., iar la vârsta de 15 ani, talia variază dela 49 la 85 cm. De tânăr, are stigmatele unei bătrâneţi premature.

Se deosebesc două genuri de infantilism: unul dystrofic şi unul myxoedematos. Dystrofiile, cauză mai frecventă a infantilismului sunt: tuberculoza, sifilisul, alcoolismul.

b) *Gigantismul* caracterizează maturitatea patologică precoce şi a genitalelor şi a întregului organism, mai frecvent la fete decât la băieţi. Sunt indivizi cari au caracterul gigantismului dela naştere: 1) *la 5 ani* şi *9 luni:* talia unui adolescent de 15 ani, cu pubisul acoperit de peri — *Lacassagne* şi *Etienne Martin;* 2) *la 5 ani:* talia de 138 cm. — *„Histoire de l'Académie des Sciences";* 3) *la 5 ani şi 3 luni:* 125 cm. — *Corvisart;* 4) *la 3 ani şi o lună:* 105 cm. şi 29 kgr. — *Duplessis;* 5) *la 3 ani şi 6 luni:* 124 cm. şi 28 kgr. *Dupuytren.*

In aceeaş familie s'au notat cazuri de gigantism şi infantilism (fraţii Rhoder: unul la 24 ani, cu talia de 211 cm., iar celalt, la 15 ani, cu talia de 98 cm.).

B. Dentiţiunea

Meckel a notat copii născuţi cu mai mulţi dinţi vizibili, ceeace constitue excepţii rare, pentrucă, după cum am arătat („Copilul născut la termen", vol. II pag. 18) la naştere nu deosebim, pe fiecare jumătate a maxilarului inferior (deoparte şi de alta a liniei mediane) decât numai câte 4 alveole net despărţite şi cu muguri dentari.

După ordinea în care apar dinţii, distingem două perioade mari: prima şi a doua dentiţiune.

a) In prima dentiţiune *(dela 6 luni la 2 ani şi 9 luni)* dinţii apar în următoarea succesiune: incisivii, premolarii, molarii şi caninii.

Incisivii (8 la număr): 2 mediani inferiori între 6-8 luni, 2 mediani superiori la 10 luni, 2 laterali inferiori la 16 luni şi 2 laterali superiori la 20 luni.

Dela 20 la 24 luni nu mai apare nici un alt dinte.

Premolarii (4): inferiorii (2) la 2 ani, superiorii (2) la 2 ani şi 2 luni.

Molarii (4): inferiorii (2) la 2 ani şi patru luni, superiorii (2) la 2 ani şi 6 luni.

Caninii (4), (câte 2 de fiecare maxilar), în intervalul dela 2 ani şi 6 luni la 2 ani şi 9 luni.

La această din urmă vârstă, copilul are, deci, în total 20 dinţi cu cari rămâne până la 7 ani când se face schimbarea dinţilor.

b) In a doua dentiţiune *(dela 7 la 25 ani)*, ordinea în care apar dinţii e următoarea:

la *7 ani:* primii molari mari;
la *8 ani:* incisivii mediani;
la *9 ani:* incisivii laterali;
la *10 ani:* primul rând de premolari;
la *11 ani:* al doilea rând de premolari;
la *12 ani:* caninii;
la *13 ani:* al doilea rând de molari (afară de măselele de minte);
dela *18-25 ani:* măselele de minte.

In total, între 18 şi 25 ani, individul normal are 32 dinţi: 8 incisivi, 4 canini, 8 premolari şi 12 molari.

C. Trezirea şi formarea inteligenţei

1. Primele lacrimi şi râsul se notează la 6 săptămâni.

2. Vorbirea (câte un cuvânt mai mult sau mai puţin deformat) la 11 luni.

3. Primele încercări de a merge, la 11 luni.

4. Cuvinte asociate, în cursul anului al doilea.

5. Incercări de exprimare prin propoziţiuni mai mult sau mai puţin corecte, în cursul anului al 3-lea.

6. Cititul şi scrisul (primele încercări) între 5 şi 7 ani.

7. Dela 7 ani începe perioada şcolarităţii, a cărei durată e în funcţiune de puterea de asimilare şi de elaborare a creerului: copilul mai dăruit dela natură va păşi înainte, îmbogăţindu-şi cu o mai mare sau mai mică uşurinţă cunoştinţele, formându-şi o cerebralitate proprie; cei săraci cu duhul se vor poticni — şi dacă nu sunt degeneraţi, îşi vor utiliza capitalul redus al facultăţii creatoare în direcţii mai potrivite puterii intelectuale.

⁂

In ce priveşte pe minorul mort, numai după ce vom fi descris felurile de moarte, vom arăta, la capitolul „Identitatea" criteriile de determinare a vârstei.

CAP. II

PUBERTATEA

> *„L'esprit a sa puberté comme le corps"*
>
> LAMARTINE

După ce, în primul deceniu, desvoltarea fizică normală indică, dela an la an, diferențe mai mult sau mai puțin sensibile in favoarea băiatului, — *diferențiare care, la 12 ani, aproape dispare* — odată cu al 13-lea an, notăm din nou deosebiri in creșterea celor două sexe. Dar, pe când la 13 ani, fata e iarăș într'o stare de inferioritate și sub raportul taliei și sub acela al greutății, *la 14 ani* această dublă inferioritate trece de partea băiatului, pentrucă la 15 ani înregistrăm numai un minus neînsemnat la talia fetei, compensat insă prin plusul mai pronunțat la greutatea ei. *La 16 ani*, diferențele de talie și greutate revin in favoarea băiatului.

Notațiunile acestea prezintă un deosebit interes, pentrucă ele ne ajută să determinăm o fază de tranziție, *aceea a vârstei de 12 ani* (quasi-identitate a gradului de desvoltare la ambele sexe), urmată de o precipitare a desvoltării feminine intre 12 și 15 ani (o creștere a taliei cu aproape 18 cm. și a greutății cu aproape 13½ kgr.) și de o mai notabilă accentuare a desvoltării băiatului intre 12 și 16 ani (o creștere a taliei cu peste 21 cm. și una a greutății cu peste 26 kgr.). Totodată remarcăm particularitatea că, *intre 12 și 13 ani*, diferențele de desvoltare sunt mai mici la fată decât la băiat: 3 cm. și 3 kgr. la fată, 3,4 cm. și 4,5 kgr. la băiat. Fapt este că modificările încep să se pronunțe la fată cu un an mai înainte ca la băiat și deci punctul lor de plecare trebuie fixat la 12 ani pentru fată și la 13 ani pentru băiat, așa că, pentru ambele sexe, avem o egală perioadă de mutațiune de 3 ani (12—15 la fată, 13—16 la băiat).

In acest inteval de 3 ani observăm, concomitent cu tendința de maturitate a organelor genitale, o schimbare radicală in întreg felul de a fi al copilului (și ca purtare și ca gândire), o adevărată revoluție în întreg sistemul lui funcțional. Suntem în plină epocă a pubertății.

I. La **băiat**, aceasta se traduce prin: 1) pronunțata masculinizare a habitusului general: 2) ingroșarea gâtului (mărirea volumul laringelui și al glandei tiroide); 3) proeminarea cartilajului tiroid, întinderea glotei; ingroșarea vocii; 4) desvoltarea musculară; 5) apariţia tuleelor bărbii şi mustăţii, acoperirea pubisului cu peri; 6) lungirea şi îngroşarea penisului cu mărirea preputului; 7) umflarea testiculelor şi închiderea culorii scrotumului, care totodată devine mai contractil; 8) la sfârşitul evoluţiei pubertare, testiculele capătă şi funcţiunea spermatogenetică.

La fată, semnele pubertăţii sunt: 1) accentuarea feminizării corpului întreg, cu lărgirea basinului, o simptomatică desvoltare a sânilor; 2) apariţia părului pubisului; 3) la sfârşitul acestui proces anatomo-fiziologic, primul flux sanguin periodic: menstruaţia.

Am putea deci fixa, ca normă, faza de desăvârşire a pubertăţii între 12 şi 15 ani la *fată* şi între 15 şi 16 ani, la *băiat*. Am zis *normă*, pentrucă sunt foarte numeroase excepţiile şi ca precocitate şi ca tardivitate a pubertăţii, după cum nu sunt rare cazurile de absenţă complectă a semnelor pubertăţii (azoospermia bărbatului şi amenoreea femeii). Aceste anomalii sunt în funcţiune de însăş întreaga desvoltare fizică şi intelectuală (cele de mai multe ori de natură patologică — uneori congenitală —, ori datorită condiţiunilor de viaţă). In orice caz, o aplicare a limitei de 15 ani *(pentru fată)* o găsim în *art. 127 c. c.*, care hotărăşte că „nu este iertat femeii înainte de 15 ani să se căsătorească". Cât despre limita de 18 ani *(pentru băiat)* din acelaş articol, ea se explică prin aceea că legiuitorul, tocmai spre a accentua rostul căsătoriei (procrearea) a ţinut să mai acorde băiatului un răgaz de 2 ani pentru desăvârşirea funcţiunii spermatogenetice. Că şi una şi alta din aceste două limite legale sunt arbitrare, s'a putut vedea din cele ce am expus la capitolul impotenţei (şi la bărbat şi la femee), precum se va vedea şi la observaţiunile ce le vom face numaidecât cu privire la pubertatea masculină şi la pubertatea feminină.

I. Funcţiunea spermatogenetică

Am arătat că singurul element care cu adevărat contează în actul procreator e prezenţa spermatozoidului în lichidul seminal ejaculat, *potentia coeundi* nejucând decât un rol secundar, de când ştiinţa a încetăţenit practica fecundaţiei artificiale. Şi apoi, am mai arătat, că poate exista erecţiune şi cu toate acestea individul să fie inapt la impregnarea femeii (azoospermia). Normal e ca spermatozoidul să se înfiinţeze odată cu maturitatea sexuală, dar sunt abateri dela regulă *(Hofmann* a notat prezenţa spermatozoidului în testicule, înainte de declararea pubertăţii); în orice caz, spermatozoidul n'ar putea fi identificat înainte de 15 ani şi jumătate (teza lui *Leprince* asupra spermatogenezei). Iar precocitatea pubertară se poate explica şi ea, fie prin condiţiuni de rasă, educaţie ori excitaţie sexuală, fie prin influenţe patologice (leziuni testiculare, leziuni cerebrale): 1) pubertate la 9 ani şi jumătate — neoplasm testicular *(Sacchi)*; 2) pubertate la 4 ani şi jumătate — tumoare a glandei pineale *(Heubner)*. Ca exemple de pubertate precoce mai putem cita observaţia extraordinară a lui *Dupuytren* (la 2 ani).

După cum avem o funcţiune spermatogenetică precoce, putem întâlni şi una tardivă sau cu totul absentă. Intârzierea (peste 20 ani) sau lipsa complectă a spermatogenezei imprimă individului o pecete de senilitate prematură, o adevărată stare de decrepitudine fizică (Bebe, faimosul pitic — clown al Regelui Stanislas, căzuse deacum în decrepitudine în al 23-lea an al vieţii care fu şi anul morţii).

Absenţa spermatogenezei poate fi datorită mizeriei fiziologice, unor anumiţi agenţi microbieni şi fizici, unor anumite profesiuni (ucenicii din industria roentgeniană), după cum suprimarea ei mai mult sau mai puţin bruscă e stigmatul tinereţei nesocotite care, prin viaţa-i desfrânată, se epuizează trupeşte şi-şi toceşte facultăţile intelectuale, dotând societatea cu specia copiilor îmbătrâniţi.

II. Menstruaţia

> „*La femme, enfant malade et douze fois impure*". — Alfred de Vigny.

In întreaga viaţă a femeii normale distingem trei perioade: 1) perioada indiferenţei sexuale (dela naştere la pubertate); 2) perioada genitală (perioada menstruaţiei, dela pubertate până la maximum 52 ani); 3) perioada de încetare a funcţiunii genitale (menopausa, dela suprimarea complectă a menstruaţiei până la moarte).

După natura şi importanţa lor, modificările sincronice, observate la femee atât în perioada menstruală cât în aceea care urmează acesteia (menopausa), exercită o influenţă verificată asupra vieţii individuale şi sociale a femeii, înrâurire ale cărei efecte le vom indica, după ce vom examina în prealabil procesul însuş al menstruaţiei — această adevărată criză de periodicitate aproape matematică (de 12—13 ori pe an, 12 luni solare sau 13 lunare).

Funcţia menstruală (hemoragie catamenială, period, soroc) — semnul prin excelenţă al activităţii genitale — e de o însemnătate covârşitoare, atât prin rostul ei firesc cât şi prin durata ei (aproape 40 ani: dela 13 până la 52 ani). Ea se caracterizează printr'un întreg sistem de fenomene ce, în primul loc, interesează aparatul genital, iar, prin repercursiune, întreg organismul femeii. (Vorbim, fireşte, de un organism normal, pentrucă, precum am văzut la capitolul „Tăgada paternității și a maternității", menstruația, ca toate funcțiunile biologice și fiziologice ale omului, își are și ea capriciile: sarcină fără menstruație, menstruație în timpul sarcinii, sarcină după instalarea, ce pare definitivă, a menopausei).

Printre stările morbide cari modifică epoca de apariție a primei menstruații, cele mai aparente sunt cachexia scrofuloasă și clorosa. Sunt și afecțiuni, bolile febrile acute în general, a căror particularitate e de a stânjeni revenirea la timp a hemoragiei catameniale:

1. Menstruația e temporar suprimată, atunci când boala microbiană s'a pronunțat la o săptămână dela încetarea ultimului flux sanguin și acesta nu se mai arată timp de câteva luni după dispariția febrei; dacă însă îmbolnăvirea s'a produs numai cu câteva zile înainte de epoca revenirii regulate a periodului, menstruația se menține normală ca periodicitate.

2. In acest din urmă caz, hemoragia catamenială nu exercită absolut nici o influență asupra procesului de evoluție a bolii. Deasemenea e aproape nulă înrâurirea menstruației asupra bolilor cordului și a reumatismului articular acut.

Rostul funcțiunii menstruale, în afară de a stabili, la femeea normală, aptitudinea de a fi impregnată, mai e și acela de a elimina din organism, odată cu o cantitate de sânge (care, la femeile sanguine, ar putea provoca turburări congestive), o porțiune din carbonul acumulat precum și de a împiedeca transformarea mucoasei uterine în caducă.

A. Procesul menstruației

Geneza hemoragiei catameniale e ruptura, la nivelul ovarului, a uneia din vesiculele conținând un ovul (identificat de *Graaf*, *Prévost*, *Dumas* și *Baer)*, după cum la băeți sfârșitul evoluției pubertare e caracterizat prin apariția spermatozoidului în lichidul spermatic. In ajunul menstruației ovulele iese din ovar și astfel se stabilește acea corelațiune — contestată însă și astăzi de unii — între ovulație și menstruație, raport direct demonstrat de *Gendrin* și *Négrier* în 1839. (Legea acestei corelațiuni e îndeobște confirmată de constatările necropsice: pe ovarele unei femei tinere deja menstruate se găsesc 15—20 vesicule ale lui Graaf, cu un diametru de 1—1,5 mm.).

Schickelé („Biologie de la grossesse", 1927) reamintește că, spre a se asigura ritmul menstruației, nu e nevoie ca ovarul sau restul unui ovar să se găsească la locurile lor normale; transplantarea ovarului, indiferent în ce punct al uterului, asigură continuitatea periodului, atâta timp cât țesutul ovarian rămâne în funcțiune. Grefa ovariană, la o femee care a suferit în prealabil ablațiunea complectă a celor două ovare (cu conservarea uterului) poate avea ca urmare reinstalarea menstruației și să facă astfel să dispară turburările castrării.

La ivirea menstruației, în afară de celelalte modificări ale organismului (dintre care relevăm umflarea mamelelor cu mamelonul mai proeminent, cu areola de o nuanță roșie-brună și cu senzație de înțepături), notăm: 1) o circulație mai bogată în vulvă și în vaginul deacum mai cutat, a căror temperatură crește; 2) congestionarea și dilatarea temporară a uterului, injectarea trompelor, iar ligamentele largi, congestionate și ele, se extind, formând o barieră contra unei încercări de reîntoarcere a fluxului sanguin; 3) mărirea volumului ovarelor.

1. **Cantitatea de sânge** excretat în timpul menstruației variază după constituția femeii și durata crizei: media ar fi de 200 grame, dar la unele femei scurgerea ia caracterul unei adevărate hemoragii, depășind cu mult jumătatea de kilogram. Această *menoragie* se deosebește de *metroragie*, prin aceea că pe când cea dintâi se înregistrează numai în perioada menstruală, cea de a doua se produce în orice fază a vârstei.

Cantitatea diferă și după epoca vieții: mică la instalarea și câtva timp după instalarea periodului, ea crește până pe la 35 ani, pentru a scădea din nou, împuținându-se și mai sensibil cu cât se apropie de epoca monopausei.

Să mai notăm *dysmenorea*: menstruație anevoioasă, dureroasă, în care fluxul sanguin conține chiaguri, lame fibrinoase, iar uneori e însoțit chiar de desfoliațiunea complectă a mucoasei.

2. In ce privește **identificarea sângelui menstrual** (roșu, puțin vâscos, cu miros caracteristic și scrobind pânza) — de o deosebită însemnătate în aplicațiunile medico-legale — vezi „Examenul petelor de sânge", vol. I, p. 378.

3. **Periodicitatea** normală oscilează între termenele extreme de 25 și 30 zile; menstruațiile anormale, în legătură cu o cauză patologică, se repetă uneori la un interval de numai 21 zile, ori se produc neregulat. Se notează, precum am văzut („Tăgada paternității", vol. II, pag. 78) și suprimarea temporară a menstruației. Deasemenea (în acelaș loc) am notat anomalii ca persistența regulată a periodicității hemoragiei catameniale și după o dublă ovariotomie (o persistență timp de 9 ani — *Weinlechner*).

4. **Durata** — la care, normal, deosebim trei faze: 1) sporirea treptată a fluxului; 2) perioada medie de menținere a cantității dela sfârșitul fazei întâia; 3) faza de declin, cu împuținarea treptată a cantității —, durata, zicem, la o femee perfect sănătoasă, e de cel mult 3—4 zile. Dar intervin cauze multiple cari măresc ori reduc această durată, la unele femei chiar numai la câteva ore.

Instructivă, sub raportul duratei, e statistica lui *Paul Dubois* (502 femei): 1 zi la 11; 2 zile la 52; 3 zile la 104; 4 zile la 84; 5 zile la 65; 6 zile la 62; 7 şi 8 zile la 116; 9 la 4; 10 zile la 2 şi 12 la 2.

5. **Aberaţiunile de excreţiune — menstruatio vicaria.** Scurgerea menstruală — care, normal, se face prin mucoasa uterină — se produce şi prin cele mai nebănuite regiuni ale corpului: regiunea capului, mucoasa bronchică, mucoasa stomacală, mamelele, ombilicul, mucoasa căilor urinare, mâinile, picioarele; prin răni, ulcere, rupturi de vine varicoase.

Uluitoare e următoarea statistică a lui *Puech* (200 observaţii):

Menstruaţie prin: *pielea capului* in 6 cazuri; *conductul auditiv* 6; *ochi* (pleoapele şi carunculii lacrimali) 10; *mucoasa nazală* 18; *obraji* 5; *alveolele dentare* 10; *mucoasa gurii* 4; *mucoasa bronchică* 24; *mucoasa stomacală* 32; *mamele* 25; *trunchiu* (subsori, spate) 10; *ombilic* 5, *mucoasa căilor urinare* 8; *mucoasa intestinală şi hemoroizi* 10; *mâini şi degete* 7; *membrele inferioare* 15; *simultan în regiuni multiple* 8.

Observăm că, la fetele la cari se produce o atare anomalie, părţile genitale sunt întotdeauna sediul unei picurări mucoase sau muco-sanguinolente, contemporană cu devierea căii normale a fluxului menstrual.

6. **Intreruperea bruscă a menstruaţiei**, la o epocă în care nu s'a putut instala menopausa, poate să aibă drept cauză: a) *fecundarea*; b) *sângerarea braţului sau o pierdere sanguină consecutivă unui traumatism*; c) *răcirea* care, întrerupând menstruaţia, poate provoca afecţiuni inflamatorii ale pieptului, abdomenului sau ale altor regiuni ale corpului; d) *contractarea capilarelor mucoasei uterine, obliterarea rupturilor microscopice prin cari trebuie să-şi facă drum sângele*; e) *atrezia intrării vaginale şi a colului uterin.*

B. Menstruaţia precoce şi menstruaţia tardivă

Epoca normală pentru ivirea primei menstruaţii e intre 12 şi 15 ani. O vârstă determinată nu există, pentrucă — şi în această privinţă e unanimitate de păreri — apariţia celui dintâiu flux menstrual e influenţată, în sensul precocităţii ori al tardivităţii, de condiţiuni de: constituţie individuală, stare morbidă, regim alimentar, educaţie, poziţie socială, mediu, climă, latitudine geografică, rasă, ereditate. Inrâurirea acestor factori a fost verificată şi prin investigaţiile mai noui ale lui *Steinach, Kammerer* (1920) şi *Henkel* (1925). De notat însă că factorul climă nu e constant, pentrucă s'au observat menstruaţii precoce în ţări foarte friguroase, întocmai ca în regiunile tropicale.

Creşterea excesivă grăbeşte menstruaţia, care se produce mai târziu la fetele dela ţară, ca şi la cele sărace dela oraş. Mai de vreme la semite: dar caracteristica nu e constantă; s'a notat menstruația la fete ariane de 10, 11 și 12 ani. Tardivă e menstruația la fetele din țările cu temperatură scăzută. — Caz de precocitate ereditară: o familie in care mama și 8 fete *au fost menstruate la 11 ani.* Precocitatea menstruației poate fi și un efect al iritațiunilor sexuale: fete impubere cari au căpătat menstruația după o simplă tentativă de coit.

Uneori, unul din simptomele sexuale secundare ale menstruației precoce e și mijirea bărbii.

O indicațiune a coeficientului de precocitate și de tardivitate ne-o dă statistica lui *Hoog* (1.948 observații): 1 la 9 ani, 6 la 10; 59 la 11; 14 la 12: 253 la *13*; 437 la 14: 502 (cele mai numeroase) la *15*; 270 la 16: 157 la 17; 97 la 18: 43 la 19; 19 la 20; 4 la 21; 1 la 22; 1 la 30.

a) **Menstruația precoce** — care uneori își bate literalmente joc de legile naturii omenești, producându-se în cea mai fragedă copilărie și pe care *Raciborski* o numește *monstruozitate emmenică* — menstruația precoce, zicem, a fost frecvent notată. Așa, *Gauthier* (41 de observații) înregistrează 19 menstruații la 1 an și 9 la 2 ani.

Investigațiunile au demonstrat că, in genere, pubertatea precoce își are obârșia într'un proces patologic cerebral (hydrocefalia, de exemplu) sau ovarian (tumoare). Așa, *Croom*, prin extirparea unui kist ovarian, a oprit menstruația timpurie la o fată de 7 ani.

Exemple de menstruație precoce:

La *10 ani:* observațiile lui *Rowlet* și *Strassmann* (60 cazuri).

La *5 ani:* observația lui *Peacock*.

La *4½ ani:* durata regulată de 3 zile; sânii ca la o fată de 17 ani *(Parvin)*.

La *3 ani:* 1. cu sânii desvoltați și pubis păros *(Lebeau)*; 2. pete mici de sânge dela un an *(Stocker)*; 3. observațiile lui *Wald*.

La *2½ ani:* observația lui *Hofmann*.

La *2 ani:* observațiile lui *Küssmaul*, *Tarnier* și *Chantreuil*.

La *1½ ani:* observația lui *Velpeau*.

La *1 an:* menstruație regulată *(Susewind-Rowlet)*.

La *9 luni:* 1. sâni foarte desvoltați (D'Outrepont); 2. la 2 ani avea deacum desvoltarea unei fete de 17-18 ani *(Lenhosseck)*.

La *4 luni:* piept desvoltat și pubis păros (observația lui *Morand*).

La *3 luni:* sâni desvoltați, pubisul și subsiorii păroși *(Comarmond)*.

S'au observat cazuri de apariție pasageră a unor pete de sânge — cari nu trebuesc confundate cu instalarea regulată a menstruației — in chiar primele săptămâni dela naștere.

b) **Menstruația tardivă** nu are o limită fixă, deoarece, precum am arătat la aptitudinea femeii de a fi fecundată, (vol. II, pag. 50), fluxul catamenial se poate produce abia după câteva sarcini succesive (la 31 ani — observația lui *Löwy*).

Indeobște, menstruația întârzie până la 18 și chiar 20 ani la chlorotice: dar absența periodului nu implică la ele și o întârziere în pronunțarea celorlalte semne ale maturității sexuale.

In comparație cu cea precoce, menstruația tardivă e mult mai puțin frecventă.

C. Amenoreea și menopausa

a) Amenoreea — absența mai mult sau mai puțin prelungită a menstruației, sau chiar absența totală — nu numai că nu exclude maturitatea sexuală, dar nici măcar o cauză de sterilitate nu este (observația citată a lui *Casper*, la studiul fecundării femeii, vol. II, pag. 30).

Suprimarea bruscă a menstruației — care poate fi nu numai o amenoree trecătoare, dar și semnul uneia definitive — exercită o influență dezastruoasă asupra femeii, terorizată de perspectiva sarcinii sau de instalarea prematură a menopausei. E o psihoză specială care degenerează în grave afecțiuni nervoase: isterie, epilepsie, delir, unele din formele maniei.

b) Menopausa (între 40—52 ani) a fost deasemenea studiată la capitolul „Tăgada paternității". (vol. II, pag. 78).

Mai mult încă decât amenoreea, menopausa — în care femeea, dornică de a bea până'n fund cupa plăcerilor lumești, vede începutul sfârșitului adevăratei vieți sexuale, — menopausa, zicem, zdruncină adânc întreg sistemul nervos și favorizează în majoritate cazurilor o întreagă germinațiune de stări morbide ca: accese de furie erotică, melancolie, delir de persecuție, delir religios, etc.

III. Fenomenele morbide ale menstruației

Propter uterum mulier tota morbus est

A. Psichoze și nevroze

Loc de țâșnire a isvorului intermitent menstrual, uterul a fost arătat încă de cei vechi ca focar de difuziune a unei sumedenii de agenți ai unor psichoze speciale, ai unor grave turburări din domeniul patologiei mintale. Iar *Tardieu* traduce această indicațiune hipocratică printr'o frază lapidară, în care sunt concentrate toate preceptele de cari are a se călăuzi medicul expert, atunci când i se cere să explice mobilul unui act reprobabil săvârșit de o femee, la începutul, în toiul sau spre declinul vieții sexuale: *înainte de toate trebuesc determinate condițiile de menstruație.*

Pentrucă 85 la 100 din femei sunt, în epoca menstruației, susceptibile de o întreagă serie de turburări psichice și mintale cari, în forma lor mai gravă, suprimă de fapt orice auto-control moral.

1. *Simplă indispoziție*, la unele, turburarea se poate caracte-

riza prin: cefalalgie, nevralgii, dureri de scurtă durată, palpitații cardiace, colorația inegală a feței, cu presărarea unor pete roșietice, o îngreuiare în mișcări, cu manifestarea unei mari oboseli, apetit redus ori capricios, meteorizarea intestinului cu o ușoară diaree.

2. *Simptome mai îngrijorătoare, la altele:* insomnie, tristețe, o iritabilitate excesivă cu atitudinea agresivă drept corolar, ori hipocondrie, halucinații onirice.

3. La o a treia categorie, în sfârșit, fenomenele morbide ale ciclului menstrual constitue un neasemuit de prielnic bulion de cultură pentru germenii *erotomaniei, dromomaniei, dipsomniei, cleptomaniei, piromaniei,* pentru *impulsiunile la omor, pruncucidere, sinucidere.* Asistăm la o marcată pervertire a instinctului, la o deslănțuire mai mult sau mai puțin vijelioasă a tuturor patimilor: femeea nu mai are dorinți ci nevoi impulsive, necesități fatale, înclinări irezistibile pe cari nu le poate potoli decât satisfăcându-le pe deplin. Iar nevrozele persistente, ca isteria (a cărei apariție mai frecventă e între 13 și 20 ani) și epilepsia, sunt notabil agravate de debutul menstruației.

Berthier deosebește patru mari clase de nevroze menstruale: 1) *nevrozele simple* (cefalalgii, migrene, halucinații, dispnee, gastralgie, diverse nevralgii); 2) *nevroze convulsive* (convulsiuni, choree, isterie, catalepsie, epilepsie); 3) *afecțiuni cerebrale* (congestie, apoplexie, hemiplegie, paralizie generală, encefalită, meningită); 4) *diferite forme de alienație* (manie sau delir verbal, hipochondrie, monomanie, melancolie, nimfomanie, lipemanii, demență).

Sinuciderile. — Cea mai frecventă exteriorizare a psichozelor și nevrozelor premenstruale și menstruale sunt hipochondria și gândul sinuciderii (*Claude, Etienne Martin, Balthazard, Wagner-Jauregg*), după cum o arată și observațiunile noastre proprii (cu o deosebită pricepere utilizate și interpretate de *Doctorul I. Nandriș* în lucrarea'i de docență medico-legală: *„Sinuciderile la femei în timpul ciclului oestral"*, Buc. 1927, care e una din cele mai documentate contribuțiuni la studiul acestor psichoze și nevroze):

Din 235 sinucigașe de diferite vârste, autopsiate, la 191 (81,6%) am constatat *modificări fiziologice ale organelor genitale*, iar procentul celor în *activitate genitală* (13—52 ani) e de 90,2%; procentul *menopausei* e deci de 9.8%. In *perioada cea mai activă a funcțiunii genitale (pubertate* — 30 ani), avem 64,%, pe când la bărbat, pentru aceeaș perioadă, nu găsim decât 36,1%.

După *starea civilă:* 65% nemaritate, 20.5% măritate, 14.5% văduve (prin deces ori divorț).

După *îndeletniciri:* 66,9% servitoare, chelnerițe, muncitoare: 22,2% casnice: 8,9% intelectuale, 2.1% artiste.

Calea sinuciderii: 39,8% (dintre cari 26,8% dela 13—30 ani) otrăvirea; 21% spânzurarea; 12% (dintre cari 72% de 13—30 ani) arma foc, 3.5% (40.9% 13—30 ani) înnec: 3,1% (52% 13—30 ani) aruncarea înaintea trenului; 4,7% (65% 13—30 ani) asfixie: 4,6% (53.1% 13—30 ani) aruncarea dela etaj; 3.6% (73,3% 13—30 ani) arsuri; 2.9% (8.3% 13—30 ani) tăierea gâtului cu cuțitul.

Indeosebi, in ce priveşte vârsta pubertăţii, e de reţinut constatarea cu inversarea raportului obicinuit al numărului de sinucideri după sex: de unde, pentru adulţi, raportul acesta e de 3 bărbaţi la 1 femee, in anii pubertăţii avem 2 fete la 1 băiat.

* * *

Comemorativele *observaţiilor noastre confirmă în chip elocvent* existenţa psichozelor şi nevrozelor specifice in cursul vieţii genitale:

1. O elevă de 13 ani se spânzură fără nici un motiv plauzibil; era sub imperiul obsesiunii sinuciderii.

2. Se impuşcă din cauza unei supărări fără importanţă (16 ani).

3. Se stropeşte cu petrol şi-şi dă foc; motivul: „viaţa nu mai are nici un farmec pentru mine" (18 ani).

4. Cu acid fenic. „M'am otrăvit, dar nu ştiu de ce" — declară ea in chinurile morţii. (18 ani).

5. Se aruncă dela etaj. Tristă, plângea fără motiv (18 ani).

6. Cu sublimat coroziv. Tristă, se izola şi avea accese de furie numai de era contrazisă (17 ani).

7. Cu acid acetic glacial. Nervozitate extremă la epoca menstruaţiei (17 ani).

8. Cu cocaină. Pentru o simplă dojană părintească (18 ani).

9. Cu alcool denaturat. Crize nervoase: îşi smulgea părul şi-şi rupea îmbrăcămintea: se sinucide in ziua când părinţii îi refuză cumpărarea unei pălării noui (18 ani).

10. Spânzurare. In biletul lăsat explică: se omoară, pentrucă fusese certată că e murdară (16 ani).

11. Cu arsenic. In urma unei certe cu fraţii ei (17 ani).

12. Cu sodă caustică. „Sunt amărâtă, n'am nici o plăcere să trăesc, neurastenia a fost mai tare ca mine" (19 ani).

13. Cu sodă caustică. Căsătorită. De câteori îi revenea menstruaţia, devenea arţăgoasă cu soţul şi cu propria ei familie. In ziua in care a aflat din ziare despre asasinarea tenorului Grozăvescu, s'a luat la ceartă cu soţul ei, aşa din senin, ameninţându-l cu soarta cântăreţului şi adăugând că ea se va sinucide. Bărbatul n'a luat-o in serios, dar imediat după plecarea lui s'a otrăvit (23 ani).

14. Nemăritată. Otrăvire cu adalină: la lună, odată cu menstruaţia, devenea de o irascibilitate extremă. Repetate tentative de a se sinucide (40 ani).

15. Spânzurarea. De câte ori ii venea menstruaţia, era stăpânită de gânduri negre şi se ameţea cu alcool diluat (34 ani).

16. In urma unei certe cu mama ei, işi sboară creerii cu un foc de revolver (21 ani).

17. Cu şoricioaică. In ajunul revenirii menstruaţiei (25 ani).

18. Cu şoricioaică. Dureri menstruale: excitaţiune extremă, ceartă cu toată lumea (30 ani).

19. Aruncarea înaintea unui tren. Menstruaţii neregulate (23 ani).

20. Cu sublimat corosiv. Menstruaţie neregulată cu dureri; nervoasă, tristă, geloasă, săria cu cuţitul la soţul pe care totuş îl iubea mult (23 ani).

21. Spânzurare. Văduvă. La lună, odată cu menstruaţia, îi revenea şi gândul sinuciderii (33 ani).

22. Se aruncă inaintea unui tren. Mai încercase in câteva rânduri să se omoare in alt chip. Nemăritată (45 ani).

23. Cu revolverul in urma unei certe banale cu soţul (35 ani).

24. Cu revolverul. Măritată. „Nu ştiu nici eu de ce mă sinucid" (35 ani).

25. Cu sodă caustică. Măritată. Geloasă deşi îşi făcea de cap cu alţii (28 ani).

B. Leziuni şi afecţiuni organice

Dar în afară de psichozele şi nevrosele caracterizate, mai avem de notat şi efecte de altă natură, ca de exemplu:

1. **Deviarea coloanei vertebrale** începe să se pronunţe deobiceiu la epoca desăvârşirii procesului pubertar, iar deviaţiile preexistente se agravează.

2. **Alterarea preexistentă a organelor respiratorii** e agravată de apariţia menstruaţiei. Efectul e însă foarte slab, atunci când afecţiunea acestor organe are deacum un caracter cronic.

3. Proprietăţile iritante ale sângelui menstrual provoacă **scurgeri cronice** cum e **uretroreea** cu atare caracter, consecutivă coitului în timpul menstruaţiei.

4. **Ovarita menstruală**, foarte dureroasă, însoţită de turburări congestive: dureri lombare, spasmuri ale colului vesical, nevralgii crurale, vărsături. Excepţional se poate nota şi moartea. (Vezi observaţia noastră la „Moartea subită").

5. **Agravarea afecţiunilor uterine preexistente** sau *provocarea unei devieri sau flexiuni a uterului, cu o scurgere menstruală mai abundentă.*

CAP. III

RESPONSABILITATEA MINORULUI

> *„L'intelligence n'a-t-elle pas devancé le sens moral? Un acte commis, même avec discernement, n'a-t-il pas été commis dans l'ignorance du mal qu'il allait produire?"*
>
> CHAUVIN-FAUSTIN-HÉLIE

Atunci când e vorba de un minor — orice delicvent care n'a depăşit al 20-lea an al vieţii *(art. 63 c. p.)* — legea noastră penală are trei măsuri, cari (precum am arătat la capitolul „Vârsta", vol. II, pag. 107) corespund la trei perioade distincte din existenţa individului socotit necopt: 1) dela naştere la 8 ani; 2) dela 8 la 15 ani; 3) dela 15 la 20 ani. Iar proectul de modificare a Codului Penal, mai în armonie cu legile biologico-fiziologice, fixând limita superioară la 21 ani, reduce perioadele la două: *a)* sub 13 ani împliniţi şi *b)* sub 21 ani împliniţi. E un progres imens, îndeosebi pronunţat în ce priveşte limita superioară a perioadei întâia. Pentrucă, pe când, prin aplicarea *art. 63 c. p.*, delincventul de 8—15 ani e pasibil de pedepsele prescrise de acest articol, „atunci când se va decide că acuzatul a lucrat cu pricepere" — şi executorii poruncilor legii iau adesea drept inteligenţă ceeace în realitate nu e decât manifestarea unei perversiuni înăscute sau dobândite şi pe care o confundă cu puterea discernământului *(„malitia supplet aetatem")* —, proectul de modificare s'a inspirat dela un alt precept al dreptului roman (privitor la copiii până la 10 ani şi jumătate): *infantem inocentia consilii tuetur.*

Interzicând cercetarea discernământului până la 13 ani, reformatorul are însă grija de a institui, pentru delincvenţii din această categorie, garanţii serioase de supraveghere a educaţiunii lor, — precauţiune care lipseşte în codul în vigoare pentru copiii *până la 8 ani.* Şi astfel legea penală în fiinţă creiază o categorie de delincvenţi cu beneficiul impunităţii absolute, cărora nu li se aplică nici măcar sancţiunea morală a controlului creşterii lor.

Făcând această constatare, nu putem fi bănuiţi de pornire în contra copilului infractor, pentrucă, după cum se va vedea din desvoltările capitolului de faţă, noi avem dimpotrivă intima convingere ştiinţifică de necesitatea unei cât mai îngăduitoare interpretări a literei legii, atunci când infractorul n'are vârsta adultului, căruia i se poate presupune posesiunea atât de discutatului şi discutabilului liber-arbitru. Chiar aşa, cu marile lui casururi. codul nostru e uman, foarte uman: in nici un caz aplicarea lui nu poate duce la grozăvii judiciare cum sunt execuţiunile de copii. adevăraţi copii de 13, 10, 9 şi 8 ani. condamnaţi pentru omor şi dare de foc (în veacul trecut. în Anglia şi în Statele Unite). Un astfel de delicvent în vârstă de 10 ani (condamnat, în America. in 1833), in tot timpul detenţiunii juca bile şi, tot jucându-se cu bile, a fost găsit în clipa în care magistratul. însoţit de călău, a pătruns în celula copilului. spre a-l ridica şi duce la spânzurătoare.

A. Discernământul

Cu a doua categorie de minori delincvenţi — dela 8 la 15 ani împliniţi — intră în cumpăna judecăţii elementul priceperii. A presupune posibilitatea discernământului dela vârsta de 8 ani e o erezie, pe care proectul de modificare o înlătură strămutând limita inferioară la 15 ani. apropiindu-se astfel de principiul dreptului roman: *„si proximus pubertatis sit et ob id intelligat se delinquere"*.

Dela 15 la 20 ani (a treia categorie de minori infractori) chestiunea prealabilă a discernământului dispare din aplicarea legii, care se mărgineşte să prescrie o sancţiune penală redusă. atât în ce priveşte natura ei cât şi sub raportul duratei. Şi cu toate acestea discernământul nu e în funcţiune numai de vârstă — sunt atâtea cauze de ordin psichic sau din domeniul patologici mintale cari suprimă funcţiunea nobilă a creerului omenesc la vârsta cea mai înaintată. Pentrucă, indiferent de epoca vieţii adolescentului sau adultului, nu se poate vorbi de un discernământ neştirbit. dacă nu există: 1) o inteligenţă cel puţin mijlocie; 2) baza morală (putinţa diferenţierei binelui de rău); 3) auto-determinarea (puterea de a-şi înfrâna şi dirija voinţa). Adică, identificarea discernământului reclamă determinarea în prealabil a gradului de judecată, de conştiinţă şi de liber-arbitru.

1. Inteligenţa

Iată o materie pentru care teoria einsteiniană a relativităţii îşi găseşte o minunată aplicare. Care e unitatea de măsură pentru gradarea inteligenţei? După care criteriu ne vom conduce, când avem să ne pronunţăm asupra unui copil cu carte şi asupra unuia fără carte sau cu carte puţină? Dar chiar când e vorba numai de unul cu o instrucţiune mai mult sau mai puţin înaintată, care ne va fi punctul de reper: uşurinţa asimilării? Criteriu foarte precar, pentrucă sunt copii cu predispoziţie de asimilare într'o anumită direcţie şi incapabili de a-şi însuşi alte cunoştinţe determinate. Sunt doar'atât de numeroase exemplele de inteligenţe mediocre cari nu numai răsbesc, dar încă se impun în arena vieţii, pe când inteligenţa strălucită dă adesea greş acolo unde a reuşit quasi-nulitatea intelectuală. Deoparte avem pilda unei minţi bogate dar sfioase, de cealaltă aceea a unei minţi sărace dar îndrăzneţe.

Cari anume acţiuni sau simple manifestaţiuni, pozitive sau negative, pot servi întru aprecierea inteligenţei? De multe ori se ia drept caracterizare a inteligenţei ceeace în fapt nu e decât afirmarea puterii instinctului.

Sinuciderea la copii. — Dar nici măcar instinctul primordial, acela al auto-conservării, nu triumfă de multe ori asupra lipsei de judecată sau a judecăţii denaturate, la individul caracterizat inteligent. Avem pilde de copii cari, ţinându-se seama de frumoasele lor aptitudini la învăţătură, trebuiau priviţi ca posedând o inteligenţă desvoltată, deci şi capabili de o judecată sănătoasă şi cu toate acestea au comis cea mai mare nesocotinţă de conceput: s'au sinucis. Şi nu aveau nici tare ereditare, nici tare individuale, dobândite. Sinuciderea, la copil, e traducerea fulgerătoare în faptă a unei hotărâri brusce, care nu lasă timp raţiunii să reacţioneze. Aşa, un băiat de 12 ani se spânzură, pentru că, la sfârşitul anului şcolar, a fost clasat al 2-lea şi nu 1-iul *(Falret)*. Iată dar un copil admirabil înzestrat ca inteligenţă, pentrucă altfel n'ar fi putut cuceri o poziţiune atât de invidiată la şcoală (al 2-lea din clasa lui şi, poate, că şi merita să fie clasificat întâiul). Deci, un copil apt de a judeca în ale învăţăturii, şi cu toate acestea judecata'i e complect eclipsată de gândul năprasnic al morţii; cu toată inteligenţa lui e incapabil să deosebească, să facă alegerea între soarele vieţii şi bezna neantului. Şi unui copil de felul acestuia ar vrea legea să'i atribue putinţa unei judecăţi sănătoase, atunci, când prin actele lui ar aduce vătămare altora?!

* * *

Şi sunt lungi pomelnicele de copii, dela 8 ani în sus (după *art.* 62 şi 63 c. p., consideraţi ca înzestraţi cu puterea discernământului) cari n'au ştiut să facă uz de acest dar, spre a discerne răul ireparabil ce şi-l făceau, curmându-şi firul vieţii la începutul depănării lui.

72 sinucideri: 2 la 8 ani, 7 (6 băeţi şi 1 fată) la 9 ani, 4 (3 băeţi şi 1 fată) la 10 ani, 19 (11 băeţi şi 8 fete) la 11 ani, 15 (10 băeţi şi 5 fete) la 12 ani, 11 (9 băeţi şi 2 fete) la 13 ani, 11 (3 băeţi şi 8 fete) la 14 ani, 2 la 15 ani, 1 la 16 ani *(Statistica lui Siegert)*. — *40 sinucideri de băeţi până la 14 ani* (Lazar). *134 sinucideri* de minori dintre cari: 2 la 9 ani, 2 la 10 5 la 11, 7 la 12, 7 la 13 şi 2 la 14 ani *(Durand-Fardel)*.

O fată de 9 ani, îngrozită c'a spart o ceaşcă, se aruncă pe fereastră. O fată de 10 ani se otrăveşte, „mâhnită că e tratată ca o simplă copilă". Un băiat de 13 ani se spânzură, pentrucă fusese dojenit pentru o greşeală fără urmări. Un băiat de 10 ani se otrăveşte, pentrucă-l bătuse mama lui. Un băiat de 8 ani se aruncă dela etaj, pentrucă a fost pedepsit, la şcoală, cu o oră de arest. 3 băeţi de 14 ani se spânzură şi o fată, tot de 14, se aruncă pe fereastră; o fată de 12 şi un băiat de 9 se îneacă, pentru c'au căpătat note proaste. Tot pentru note proaste se împuşcă un băiat de 12 ani. Unul de 13 se aruncă dela etaj, iar o fată de 13 ani se împuşcă „din cauza unei dragoste nefericite". Un băiat de 9 ani se împuşcă „de durere pentru pierderea unei păsărice".

Şi pentrucă vorbim de sinucideri de copii, să înregistrăm, cu titlu de curiozitate, sinucideri la o vârstă şi mai fragedă ca 8 ani: 2 băeţi de câte 5 ani *(Siegert, Durand-Fardel)*; un copil de 5 ani *(Redlich)*; un băiat de 7 ani *(Haberda)*.

2. Conştiinţa

Baza morală, care e chezăşia aptitudinei de a discerne ce e bun de ce e rău, e al doilea element al priceperii în înţelesul legii penale *(„Le difficile n'est pas de faire son devoir, mais de le connaître"* — De Maistre).

Dar cum să sondăm conştiinţa minorului, când il vedem de câtă absenţă de conştiinţă dă dovadă atunci când e vorba de propria lui persoană? Il vom declara conştient de urmările faptei lui când nesocoteşte prescripţiile codului şi inconştient, numai când înfrânge până şi tăria de oţel a instinctului de conservare fizică? Conştient când sparge capul cuiva şi inconştient când se împuşcă, se otrăveşte, se îneacă, se aruncă dela etaj?

Nu tăgăduim în mod absolut existenţa conştiinţei la copil, dar nu e decât *una de copil:* îşi dă seama că greşeşte, dar *nu cântăreşte* greşeala şi *nu prevede* consecinţele ei imediate sau posibile. Copilul dă foc unui singur snop: ştie că face rău, dar nu se gândeşte că dela acel snop se aprind snopurile vecine şi că focul poate mistui o întreagă recoltă. Pune un bolovan sau un lemn deacurmezişul şinelor drumului de fier: ştie că face rău, trenul putând să sară depe linie, dar nu prevede şi urmările catastrofale ale deraierii.

Există o conştiinţă şi la copil, dar foarte obnubilată de impulsiunea tiranică de a-şi satisface o plăcere brutală — care face parte din ciclul pornirilor rele cu cari copilul se naşte şi cari nu se sting decât prin educaţie, prin pilda mediului, prin supravegherea exercitată până'n pragul vârstei adulte. Copilul, până la o anumită vârstă — variabilă după înseş condiţiunile de desvoltare şi de influenţe externe şi ereditare — e amoral, — o lipsă a simţului moral care însă nu isbeşte atât de tare ca amoralitatea adultului. In această privinţă are dreptate *Lombroso* când, alături de *Moreau, Prez* şi *Bain*, observă că „germenii nebuniei morale şi ai criminalităţii se găsesc nu prin excepţie ci în mod normal în prima vârstă a omului, întocmai precum în foetus se găsesc oarecari forme cari, la adult, constitue o monstruozitate". Cu cât e mai mic, cu atât copilul e mai inconştient, mai pornit să săvârşească acte anti-sociale. Toate viciile imaginabile sunt cuibărite în spiritul copilului: mânia, răzbunarea, gelozia, minciuna, egoismul, furtul, cruzimea, lenea, vanitatea, obscenitatea.

Criminalitatea la copii. — Cât despre exemplele de pornirile criminale ale copilului, chiar crescut într'un mediu social mai bun, ele sunt atât de abundente, că nu avem decât greutatea spicuirii: cazuri uluitoare sub raportul asociaţiei monstruase între inteligenţa precoce, răutatea împinsă până la cruzimea bestială, sângele rece al premeditării, şiretenia preparării şi abilitatea executării actului delictuos.

1. Un băieţel de 10 ani vine în mijlocul altor cinci copii (de 3, 4, 5 şi 8 ani) cari se jucau într'o grădină şi le propune să-l urmeze într'o cameră a unui pavilion. Ajunşi acolo, îi îndeamnă să intre într'o ladă mare şi apoi lasă capacul şi-l închide cu cheea, iar el se aşeză deasupra. Copiii dinăuntru, văzând că gluma se îngroaşă şi simţind că se asfixiază, încep mai întâiu să se roage, apoi să ţipe să le dea drumul; dar micul calău rămâne neîndurat. După ce în interiorul lăzii s'a făcut linişte de mormânt, băiatul acesta de 10 ani sare de pe ladă şi, senin şi încântat ca de o ispravă mare şi frumoasă, se duce să se joace cu un alt grup de copii. Abea seara târziu, mama a doi dintre cei 5 copii se gândeşte să forţeze broasca lăzii, şi dă peste 5 cadavre. — Cercetat, micul ucigaş, — care dăduse dovadă de un rar rafinament în concepţerea şi aducerea la îndeplinire a planului — mărturisi că mobilul a fost răsbunarea: a voit să pedepsească pe unul din cei 5 tovarăşi de joacă, o fetiţă de 4 ani, pentrucă în ajun lovise pe o surioară a lui. Şi i-a atras în cursă pe toţi cinci ca nu cumva ceilalţi patru să dea din timp alarma. A mai mărturisit că, după ce s'a dat jos depe ladă, a descuiat şi ridicat capacul şi, văzând că fetiţa mai mişca, l-a închis la loc, apoi a închis şi uşa şi obloanele dela ferestre *(Wald)*.

2. O fetiţă de 8 ani, masturbatoare pătimaşă, a mărturisit că umbla cu gândul să'şi omoare părinţii, spre a nu mai fi supravegheată şi dojenită *(Marc)*.

3. O copilă de 9 ani dă dovadă de o deosebită pricepere în felul cum susţine o imaginară tentativă de viol din partea a doi tineri. Cu mare greutate se poate face dovada netemeiniciei acuzaţiei, formulată de pretinsa victimă, o adevărată virtuoză a minciunii cu aparenţa de adevăr *(Tourdes)*. E un caz caracteristic al *mythomaniei* îndeosebi studiată de *Dupré*.

4. De conştiinţa crimei sau cel puţin de aceea a primejduirii propriei vieţi se poate vorbi în cazul copilului american de 10 ani, care o clipă nu s'a despărţit de bilele pentru cari omorâse pe un tovarăş al lui de joacă, bilele cu cari, după cum am arătat, a fost găsit jucându-se şi în ceasul morţii?

5. Extrem de numeroase sunt observaţiile cu privire la impulsiunile criminale ale copiilor la vârsta pubertăţii — loviri şi răniri grave, omoruri, otrăviri, dare de foc, fără să fi avut un motiv de pornire împotriva victimelor lor. In deosebi în ce priveşte impulsiunea incendiară, *pyromania* aceasta a fost pusă în legătură directă cu turburările psicho-nervoase pricinuite de apropierea sau instalarea pubertăţii la ambele sexe. Şi tot la această epocă a minorităţii, precum am văzut la capitolul pubertăţii, avem de înregistrat, mai ales la fete, accese de desperare subită cari duc la sinucidere.

Toate observaţiile de mai sus ne dovedesc existenţa inteligenţei la copilul delincvent, dar nu şi aceea a *conştiinţei* care e al doilea element al discernământului.

Şi absenţa aceasta a conştiinţei nu poate fi interpretată ca o excepţie de ordin ereditar sau patologic, ci ca o lipsă firească, deoarece conştiinţa nu se cristalizează decât odată cu procesul de formare a caracterului şi a temperamentului: cutare individ, orgolios, brutal şi îndrăzneţ, a fost un copil modest, blând şi sfios; cutare, dimpotrivă, bun, milos, lipsit de vanitate, a fost un copil rău, arţăgos, crud, înfumurat.

Nici de o eclipsare temporară a unei adevărate conștiințe, datorită unui acces de nebunie, nu poate fi vorba: alienația mintală — cu toate observațiile mai vechi *(Esquirol, Gilain, West)* și mai noui, cari nu constitue decât excepții — e o apariție foarte rară în primele două decenii ale vieții. Ceeace se ia drept nebunie caracterizată la minori, nu e în realitate decât o pervertire, în majoritatea cazurilor trecătoare, a instinctelor, sentimentelor și mentalității: in nici un caz nu constitue tipuri identificate ale maniei și monomaniei.

3. Liberul-arbitru

Acesta e cel de al treilea element și cel mai important al responsabilității minorului, in intervalul dela 8 la 20 ani. Posedă minorul — copil ori adolescent — tăria necesară spre a-și stăpâni pornirile rele, primejdioase, in ipoteza că nu e lipsit nici de inteligența necesară pentru aprecierea povârnișului pe care e gata să alunece, nici nu e lipsit de un rudimentar simț moral? (Pentrucă de o adevărată conștiință nu se poate vorbi, la o atare vârstă: sunt doar atâtea pilde de oameni, podoabe ale moralității sociale, cu păcate mai grele ori mai ușoare, la activul primilor douăzeci de ani și chiar ceva mai târziu).

Valuri de cerneală au curs în controversa liberului-arbitru, controversă alimentată de școala *indeterminismului* deoparte, de școala *determinismului* de cealaltă parte a baricadei.

Partizanii *indeterminismului* proclamă absența oricărei cauze de îngrădire a voinței, ceeace este o absurditate, o gravă erezie științifică, a cărei adoptare a avut de efect deformarea monstruoasă a concepției în materie de represiune penală: „Codul penal socoate pe delincvent ca pe un tip *abstract*, operă a unei concepțiuni juridice, *lipsită de orice contact cu contingențele vieții reale*. Codul concepe infracțiunea nu ca o operă a criminalului frământat de toate emoțiile, de toate patimile și de toate vijelioasele isbucniri omenești, ci ca o entitate juridică abstractă, cu o natură proprie invariabilă. Codul e deci o construcțiune juridică, operă a juriștilor, în care predomină regulile abstracte, ficțiunile și formulele" *(G. Vidal:* „Cours du droit criminel et de science pénitentiaire"). Mentalitate cu o nu mai mică energie condamnată în lapidara protestare a lui *Clemenceau:* „Represiunea oarbă sfârșește prin a ticăloși și revolta pe delincvent". Partizanii *indeterminismului* nesocotesc glasul înțelepciunii din maxima juridică a lui Seneca: *„Haud est nocens quicumque non sponte et nocens"*.

Să nu se invoace panaceul educației, pentrucă acolo unde natura și-a pus pecetea definitivă, acțiunea omului nu mai poate provoca o schimbare hotăritoare: „Nu există creștere pe lume care să poată face prunul să dea ca rod struguri, ori scaetele să rodească smochine; tot astfel nici un muritor nu poate ieşi din limitele trase de firea sa şi-i va fi întotdeauna cu neputinţă să înfiripeze cu oarecare stabilitate o inteligenţă sau un caracter pe temeliile unei naturi rele. Puneţi dela naştere la un loc două persoane, daţi-le aceeaş educaţie, şi, la sfârşit, persoanele acestea nu vor avea spiritul exact turnat pe acelaş calapod, sau aceiaş capacitate, după cum nu vor avea nici aceleaşi trăsături ale feţei" (*Maudsley*).

Concepţia filozofică a *determinismului*, aceea a dreptei judecăţi, dimpotrivă, se inspiră din contingenţele vieţii reale şi consideră infracţiunea ca un produs de neînlăurat al unor condiţiuni date. Pe când *indeterminismul* socoate societatea omenească drept o pădure ideală fără uscături, *determinismul*, admirând măreţia organizaţiei sociale şi capacitatea individuală, nu scapă însă din vedere şi scăderile inerente nu numai unui tot atât de complex cum e marea arenă a vieţii, ci şi fiecărui luptător luat în parte: „Cel ce de mare nevoie va fura, iar nu mult, ce numai cât va mânca şi cât se va îmbrăca, acesta să se ierte; iar de vor vrea să-l certe, mai prea puţin, iar nu ca prea un fur, pentru că se cheamă că au furat de nevoie" (*Pravila lui Vasile Lupu*).

Cum să admitem indeterminismul, pentru o organizaţie atât de susceptibilă de orice influenţă exterioară cum e firea omului, când nici chiar în organizaţia cosmică nu există legi absolut imuabile? Indeosebi actele minorului sunt în funcţiune nemijlocită de incompleeta desvoltare fiziologică, de stări psicho-patice, lacune sau deformări ale judecăţii, — defecte congenitale sau dobândite; actele minorului mai sunt în funcţiune de turburări durabile sau trecătoare ale activităţii spirituale, turburări cari se traduc prin alienaţie mintală, abea după faza maturităţii psichice; în sfârşit, manifestările minorului, mai mult încă de cât acele ale adultului, oglindesc înrâuririle de rasă, confesiune, ereditate, îndeletnicire, condiţiuni sociale şi economice, mediu, pildă: „*A man is educated either for good or for evil by every thing that he experiences from the cradle*". (Omul e format pentru bine sau pentru rău, prin tot ceeace, din leagăn încă, lasă asupra lui o întipărire". (*Chambers Encyclopoedia*).

Cum altfel, dacă nu prin acţiunea cauzelor de ordin intern, să ne explicăm lipsa oricărui simţ moral şi impulsiunile cari duc la delicte şi crime?

Dintr'o statistică a noastră asupra criminalităţii feminine în România, relevăm, la un număr de 400 prostituate delincvente: 1 de 11 ani, 6 de 12 ani, 25 de 13 ani, 36 de 14 ani, 38 de 15 ani, 60 de 16 ani, — in total 166, adică peste 41%. Iar în ce priveşte epoca deflorării acestor prostituate notăm: 5 la 10 ani, 6 la 11 ani, 25 la 12 ani, 40 la 13 ani, 69 la 14 ani, 94 la 15 ani, 90 la 16 ani:

coeficientul cel mai mare ni-l dă limita superioară fiziologică a pubertăţii feminine.

Iar *Tourdes* a stabilit, pentru Franţa, o statistică de minori condamnaţi: 8921, dintre cari 7162 băeţi şi 1759 fete. După natura infracţiunii avem:

	Băeţi	Fete	Total
asasinat	6	3	9
omor, incendiu	166	26	192
atentate la bunele moravuri	181	71	252
loviri şi răniri	103	24	127
furt simplu	4.150	892	5.042
furt calificat	410	23	433
cerşetorie	719	275	994
vagabondaj	1.334	349	1.683
nesupunere la autoritatea părintească	63	126	189

Şi una şi alta din aceste două statistici sunt groaznice, dar oroarea ce ne inspiră nu e mai mare decât zguduirea ce ne-o pricinuesc statisticile sinuciderilor de copii. Incă odată: de judecată, conştiinţă, liber-arbitru se poate vorbi la 41% din prostituatele în vârstă de 10—16 ani? De discernământ poate fi vorba la cei aproape 9000 copii cari, în anii fragezi ai minorităţii, s'au făcut vinovaţi de asasinat (omucidere cu pândire), omor, atentate la bunele moravuri, furt, cerşetorie, vagabondaj?

B. Cauzele de alterare a individualităţii morale a minorului

Atrofiarea mai mult sau mai puţin pronunţată sau chiar complecta anihilare a puterii discernământului se explică, pe baza arătărilor de mai sus, prin: 1) insuficienţa sau deviarea inteligenţei; 2) absenţa sau deformarea brumei de conştiinţă; 3) insuficienţa sau paralizia voinţei. Şi deoarece aceasta din urmă joacă rolul precumpănitor la săvârşirea faptei incriminate, e necesar ca din capul locului să ne călăuzim de axioma: voinţa e rezultanta a trei forţe ce concomitent îşi exercită acţiunea asupra individului: 1) ereditatea (din chiar momentul zămislirii) şi influenţele patologice (congenitale sau dobândite); 2) educaţiunea; 3) mediul (aceste două din urmă din momentul naşterii).

Roubinovitch, directorul serviciului medico-psichologic al minorilor delincvenţi din departamentul Senei, în comunicarea făcută la al 8-lea Congres de medicină legală ţinut la Paris în Octombrie 1928, grupează astfel cauzele degenerării morale a nevârstnicului: 1) *răspunderea familiei* (abandon moral şi foarte adesea şi cel fizic, desinteresarea complectă a părinţilor de instrucţia şi ucenicia copilului, exploatarea copilului, promiscuitatea, pilda rea, îndemnul părinţilor la pederastie şi furt); 2) *mizeria materială a familiei;* 3) *alcoolismul;* 4) *starea mintală a minorului delincvent* (normalitate mintală 18%, instabilitate mintală simplă 31%, instabilitate mintală, agravată prin debilitate și turburări marcate ale caracterului 29%, debilitate mintală — nivel mintal inferior cu 2—3 ani — 18%, epilepsie 3,5%, post-encefalită 1%).

* * *

Vom examina dar agenții de alterare a individualitții morale a minorului, după însăș sursa lor: inrâurirea eredo-patologică și înrâurirea de ordin extern.

I. Ereditate – Atavism – Degenerescență

„Nous sommes de plus en plus dominés par les morts" — AUGUSTE COMTE

Ereditatea — observă *Lacassagne* („Les actes de l'état civil" — La naissance) — ne-a transmis o influență de care nu ne putem desbăra, iar în felul nostru de a gândi și simți. în actele noastre, se află cu mult mai mult decât ne închipuim din felul de a gândi și simți precum și din actele predecesorilor noștri. Ce fel de progenitură voiți să ne dea, de exemplu. o asociare de doi alienați — și s'a observat că fetele de alienați exercită o atracțiune particulară asupra fiilor de alienați *(Blanche)* —, dacă nu un nou recrut pentru armata alienației mintale?

Degenerescența, după cum foarte bine o definește *Magnan*, e o acumulare, în *antecedentele ereditare* ale unui individ. de afecțiuni cerebro-spinale sau de boli generale cu repercursiuni asupra sistemului nervos. susceptibile și unele și altele de a influența descendența. Degenerarea merge accentuându-se din generație în generație. creând. din punctul de vedere fizic și mintal, tipuri de *nereglulați. asimetrici, desechilibrați* (Legrain). Stigmatele cele mai caracteristice ale degenerescenței ereditare sunt: asimetrie facială, malformațiune a urechilor, strabism și alte leziuni oculare, deformațiuni ale maxilarelor, anomalii dentare. vicii de conformație a cerului gurii. asimetrie și deformațiuni ale trunchiului. hernii, anomalii ale organelor genitale. pigmentațiuni ale pielei. naevi. etc.

De pildă, copilul născut din părinți alcoolici, crescut într'un mediu ticălos. murind de foame și de frig. pângărit de murdării fără nume. va fi fatal un *întârziat* nu numai fizicește dar și din punctul de vedere al funcțiunilor cerebrale. — Sifilisul ereditar cu leziunile lui plastice. ereditatea alcoolică. rachitismul cu deformațiunile lui osoase vor dota societatea cu indivizi atinși de morbidități cari le atrofiază sau anihilează chiar facultatea discernământului. Cu penel de maestru a zugrăvit *Legrand du Saulle* tabloul de ansamblu al întârziaților sau neisprăviților născuți din bătrâni epuizați. din consanguini. din alcoolici. epileptici sau alienați, din tată necunoscut și mamă scrofuloasă, rachitică, isterică, prostituată sau nebună: copii mici, sfrijiți, limfatici, scrofuloși sau strabici, cu capul foarte puțin sau dimpotrivă excesiv de desvoltat, cu pieptul strâmt, cu circulația lentă, iritabili, violenți și cu inteligența redusă, refractari la orice sugestiune bună, nedisciplinați; binefacerile educației, sfaturile religiei, amenințarea cu pedeapsa sau chiar asprimea acestora nu-i impresionează; nu sunt de fapt toți niște alienați, imbecili, idioți, dar totuș înspăimântă societatea.

Din 436 infractori examinați de el, *Tarde* a găsit: 46% din tată sau mamă alcoolică, 14% din părinți sau ascendenți alienați. Socotind și procentul copiilor cu părinți epileptici, isterici, ereditatea morbidă reprezintă 90%. Toate statisticile criminalității copiilor arată un procent de ereditate alcoolică între 46 și 48 la sută.

I. Câteva exemple tipice de degenerescență ereditară: prelungită

1. Din neamul lui Tristan Eremitul, 26 inși au trecut prin mâna gâdelui (Un vechiu cronicar francez).

2. Din 5 surori se trag 340 persoane, dintre cari 76% criminali, 20% cerșetori și nemernici, și numai 4% nu erau în sarcina societății (*Dr. Grosmann: „Wie wird ein Kind zum Verbrecher"*).

3. O criminală a avut o descendență de 623 indivizi, dintre cari 200 criminali, iar restul, în majoritate, idioți, alcoolici, trântori și prostituate (*Morel*).

4. Familia Chrétien, în care trei frați au avut 10 copii condamnați pentru furt și asasinat (*Despine*).

II. Iată și câteva exemple de ereditate observate mai recent:

a) Copil de 14 ani. Furt. Mamă alienată. Imbecil, nu știe carte. Instincte bestiale. Stigmate fizice: bolta palatină ogivală, zigome voluminoase, prognatism, dinții de jos oblici în sus și înapoi, acoperiți de dinții de sus; phimosis, gynecomastie; urechile depărtate și helixul absent în jumătatea superioară.

b) 17 ani. Furt. Unchiu (după mamă) alienat. Debilitate mintală. Instincte pervertite. Melancolic; gândul sinuciderii.

c) 18 ani. Furt; pederastie. Părinți destrăbălați. Debilitate mintală, idei fără de șir, accese delirante.

d) 18 ani. Furt; pederastie. Tată alcoolic; mamă nervoasă. Abea la 18 luni a început să vorbească.

e) 16½ ani. Incendiar. Mamă isterică; bunic hemiplegic. Foarte vicios, mincinos, leneș.

f) 13 ani. Rănire cu cuțitul. Tată alcoolic; bunic mort de apoplexie; unchiu alcoolic; mamă somnambulă. Primii dinți la 7 luni; umbletul la 4 ani. Debilitate mintală; hipochondrie.

g) 10 ani. Furt. Mamă isterico-epileptică: mătușă (după mamă) alienată; unchiu alcoolic. La 6 ani și jumătate a fost surprins strângând de gât pe sora sa mai mică. Știe carte, inteligent, șiret, dar leneș, murdar. Onanism. Impulsiuni periculoase; halucinații frecvente, coșmaruri.

h) 9 ani. Furt și incendiu. Tată alcoolic; mamă nervoasă; bunică (după mamă) nervoasă. Memorie bună. Agitat, isbucniri furioase, in timpul cărora muşcă. Ticuri, grimase. Piroman, cleptoman. Manie curioasă: deschide gurile de canal.

i) 9½ ani. Furt; incendiu. Tată epileptic, mătuşă epileptică; mamă nervoasă; soră epileptică. Vorbirea la 2½ ani. Atacuri epileptice. Ştie carte, dar leneş, vicios, mincinos, linguşitor.

j) 13½ ani. Furt; atentat la pudoare. Tată alcoolic; mamă moartă de o boală a măduvii spinării; bunicul alcoolic. Gângav. Umblet la 3 ani. Incontinenţă urinară nocturnă. Convulsiuni dela 3 ani şi jumătate şi de atunci aproape zilnic. Foarte irascibil; cleptoman, onanist (şi stingher şi în tovărăşia prietenilor).

k) *11½* ani. Incendiu. Tentativă de a-şi omorî mama, pe un frate şi pe o soră a lui. Bunică hemiplegică; bunic complect paralizat; mamă nervoasă; unchiu alcoolic. Paralizie la 1 an; dela 12 la 14 luni convulsiuni în fiece noapte. Inteligent, memorie foarte bună. Turbulent, semi-maniac periodic. Impulsiuni violente. Işi mănâncă unghiile. Ii e groază de întuneric.

Iată tot atâţia delincvenţi judecaţi şi în parte condamnaţi, pentrucă judecătorii, sclavi ai literei legii, care nu defineşte „priceperea", au luat inteligenţa, memoria, şiretenia drept dovadă a existenţei discernământului. Precum se vede, există o ereditate psichologică, după cum există şi una fiziologică şi patologică. De aceea găsim îndreptăţită măsura aplicată în unele ţări de a se steriliza criminalii năråviţi, spre a-i pune în imposibilitate ca, după liberare, să procreeze degeneraţi.

2. Mediul şi pilda. — Educaţia

> *«...Fiu de prostituată, născut în mizerie, crescut în ticăloşie, neprimind întotdeauna decât cele mai groasnice exemple, nu e atins de o singură boală a personalităţii, ci le are pe toate: nu e o singură dată iresponsabil, ci de o mie de ori».*
>
> (J. REINACH.)

Cum să nu fie un degenerat copilul a cărui mamă a fost fecundată la întoarcerea tatălui dela cârciumă; cum să mai existe cuget înalt şi simţire curată în creerul şi în inima unei progenituri care, sub influenţa mediului, e menit să fie un descentrat? Pentrucă, la morbiditatea ereditară, se adaugă acţiunea miasmatică a unei promiscuităţi infame, puterea de sugestie a pildei, cari desăvârşesc opera de degenerare. Ca să nu vorbim decât de ravagiile făcute de alcoolism, ca efect al exemplului părintesc şi al acţiunii nefaste a mediului, ne vom mărgini să relevăm o statistică recentă, în urma unei anchete făcute printre şcolarii din Moscova: 15% beau sistematic, 60—70% beau accidental, iar numai 15—25% nu beau deloc (*Bogomolova*, 1928).

Iar asupra copilului cu o ascendenţă sănătoasă dar nesupravegheat, mediul va exercita o înrâurire nocivă, mai mult sau mai puţin pronunţată şi care-i va ştirbi din puterea de discernământ.

Sugestiuni indeosebi periculoase le constitue citirea producţiunilor literaturii-otravă. spectacolele de aşa zis teatru şi de cinematograf, în care sunt etalate toate turpitudinile vieţii.

1. Un băiat, sugestionat de un film. se caţără pe burlanul unei case până la etaj şi comite o spargere 2. Un altul. tot sub imperiul sugestiei — citise o ispravă la fel intr'o gazetă — îşi constitue o bandă pentru atacarea şi jefuirea unui tren. — 3. Un debil mintal. hotărât să se impună atenţiei prietenilor cari îşi băteau joc de el. sub impresia celor cetite intr'un roman in fascicule, răpeşte cu automobilul pe o fată de 14 ani. elevă de liceu, o duce afară din oraş şi. ameninţând-o cu un cuţit, o violează. ca a doua zi să se laude cu isprava lui. — 4. O fată de 16 ani. rămânând însărcinată. inchiriază o cameră la mahala şi. apucând-o durerile facerii. se duce să nască in privată. unde aruncă pruncul, intocmai cum făcuse „eroina“ unei afaceri de pruncucidere, despre care vorbiseră ziarele.

Proasta educaţie căpătată de copii constitue una din cauzele cele mai puternice, ca să nu zicem chiar cea mai puternică a criminalităţii. Indeosebi, în clasele avute, să se dea o deosebită atenţie in alegerea guvernantelor cari, de multe ori. reprezintă o bogată colecţie de tare fiziologice şi organice: *„Je trouve que nos plus grands vices prennent leur pli dès notre plus tendre enfance et que notre principal gouvernement est entre les mains de nos nourrices“* (Montaigne).

* * *

Inainte de a face aplicaţiunea neîndurată a articolelor din legea penală, societatea are datoria de a zmulge nenorocita progenitură a părinţilor ticăloşi din atmosfera viciată în care e sortită să vegeteze. pentrucă, lăsaţi în contact cu părinţii criminali, copiii pot deveni criminali, sub influenţa mizeriei şi a exemplului rău. Spiritul de imitaţie şi docilitatea firească faţă de acei pe cari natura îi i-a dat ca primi educatori, sunt cauza că în spiritul copilului se întipăresc adânc pildele şi învăţămintele primite.

De aci necesitatea unor case de educaţie speciale pentru copiii celor ticăloşiţi.

3. Sugestiunile criminale. — Mythomania

S'au făcut şi se fac experienţe cari dovedesc puterea sugestiei nu numai în starea hipnotică a individului, ci şi în starea conştientă, dar cu conştiinţa slăbită sau absentă.

In această privinţă e clasică proba administrată de *Voisin* (comunicare făcută la al 3-lea Congres de Antropologie, Bruxelles 1892):

Subiectul. atins de debilitate, e adormit şi. după ce i se recomandă că. orice s'ar întâmpla. să tăgăduiască faptul. Voisin îi sugerează să omoare pe o femee pe care i-o indică (în realitate un simplu manechin. culcat în pat). Subiectul execută întocmai: pune mâna pe un cuţit şi-l implântă în pieptul victimei figurate. După trei zile vine la Voisin și-i spune că de atunci e trist, abătut, are dușmani, vede în vis pe presupusa victimă reproșându-i asasinatul. Psichiatrul îl adoarme din nou, asigurându-l, în starea hipnotică, de inexistența crimei — și subiectul se liniștește. Dar nu trec decât alte două zile și, tot sub influența sugestiunii, subiectul se duce să dea foc unei case (al cărei proprietar fusese în prealabil prevenit de Voisin).

Cât despre *sugestiunile mărturiilor falșe*, acestea au fost îndeaproape studiate de *Berillon* care, la 20 din 100 persoane, cu cari a făcut experiențele, a reușit să provoace: 1. *amnezia* faptelor sau șcenelor la cari persoana sugestionată luase parte; 2. *deformări ale memoriei* (amintiri falșe despre șcene sau evenimente imaginare, la cari persoana sugestionată era acum convinsă c'a fost față); 3. *iluziuni ale memoriei* (în ce privește data și durata evenimentelor reale); 4. *halucinațiuni negative* (persoana sugestionată e inconștientă de acte îndeplinite sub ochii ei).

Sugestiunea își găsește îndeosebi un teren prielnic cu copiii atinși de *mythomanie* într'un grad mai pronunțat: sunt copii cari mint din pornirea de a minți, fără nici un interes imediat; la început știu că mint, dar încetul cu încetul ajung să se încredințeze, că în adevăr minciuna lor — care poate constitui temeiul unei grave acuzațiuni — are un fond real. Și astfel e dată de minciună maxima: *„Ex ore parvulorum veritas"*.

4. Obsesiunea morbidă. Inversiunea

In și mai mare grad decât la adult, **obsesiunea morbidă** face ravagii în spiritul minorului (băiat sau fată), mai ales în perioada cuprinsă între vârsta pubertății și aceea a rațiunii înfiripate. E o stare astfel definită de *Westphal*: „Consider ca o obsesiune orice idee care, inteligența fiind intactă (și fără să existe o stare emotivă pasională), apare conștiinței bolnavului și i se impune acesteia *în contra voinței lui;* ideea aceasta nu se lasă gonită, ea stingherește jocul normal al ideilor, iar bolnavul își dă seama că e stăpânit de o idee anormală, străină eului său" — dar nu-i poate rezista. (Despre diversele forme ale obsesiunii morbide, vezi mai departe „Discernământul adultului", vol. II).

Minorul, atins de **inversiunea simțului genital**, nu poate fi urmărit decât în caz de ultraj public contra pudoarei *(art. 262 c. p)*, sau de acostare violentă (lovire și rănire, *art. 238—245 c. p.):*

1. Dela vârsta de 6 ani un minor era obsedat de dorința de a mușca și a mânca o bucată din pielea fină și catifelată a unui alt băiat.
2. O fată, instruită, bine crescută, aparținând unei familii cu vază, la vederea unui câine e apucată de pofta de a se împerechia cu el.
3. Un băiat, la 9 ani, se servește de o găină, iar la 13 ani de o juncă.

5. Influența pubertății

Mania pubertății numește *Osiander* efectele desechilibrului psichico-nervos pricinuit de răscoala pubertară. Starea aceasta se caracterizează prin trecătoare turburări intelectuale, mai mult sau mai puţin profunde (iluziuni, halucinaţiuni vizuale, deprimarea melancolică, obsesiuni, spaime nocturne, somnambulism natural, pasiune platonică) acte impulsive, acte obşcene, mai ales în pubertatea precoce, o impresionabilitate excesivă, — deci o incontestată scădere a simţului moral. *Bürger* (1927) notează turburări psichice la copii cu maturitatea sexuală precoce (11 ani) precum şi la minori cu instalarea tardivă a pubertăţii (modificări de caracter, iritabilitate şi impulsiuni sexuale violente).

Intârzierea fenomenelor pubertăţii are de efect de a comprima inteligenţa, minorul părând a fi într'o stare de hebetudine.

6. Dipsomania

Lacassagne îndeosebi a observat, la mulţi din marele număr de minori delincvenţi pe cari i-a examinat, acţiunea tiranică a *dipsomaniei*: nevoia intermitentă dar imperioasă de alcool sau de stupefiante cu lipsa de rezistenţă a organismului la aceste toxice şi o pronunţată impulsivitate.

7. Bolile mintale caracterizate

„*Quae enim in eo culpa sit cum suae mentis non sit.*" — ULPIAN

Rezervând pentru marele capitol al responsabilităţii adultului studiul tuturor formelor de alienaţie mintală, ne vom ocupa aci numai de acele manifestaţiuni specifice copilului şi cari îi crează acestuia o stare de inferioritate şi, eventual, o scuză pentru explicarea actului delictuos.

Cu titlul de indicaţie vom expune pe scurt câteva din cauzele cari provoacă aceste manifestaţiuni: 1) meningita acută simplă, cronică, meningita cerebro-spinală epidemică, encefalita acută, hydrocefalia (congenitală sau dobândită) pot duce la *idioţie*; 2) meningita tuberculoasă (prin contagiune — falşa ereditate) creează *imbecilitatea*; 3) hemiplegia cerebrală, ramolismentul cerebral duc la *afazie* (de care sunt legate şi *surditatea verbală* şi *cecitatea verbală*); 4) paralizia generală cauzează deprimare, apatie, pierderea memoriei, diminuarea progresivă a tuturor funcţiunilor cerebrale, *demenţa completă*; 5) demenţa precoce suprimă reacţiunile voluntare şi explică *impulsiunile la acte de violenţă*; 6) anorexia nervoasă provoacă *o pervertire psichică a apetitului*; 7) hipertrofia creerului: *schimbarea în rău a caracterului*: 8) tumorile cerebrale: *iritabilitate*; 9) athetosa: *diminuarea inteligenţei*; 10) ataxia ereditară: *diminuarea inteligenţei*.

1. **Nevrozele.** — La copii cu porniri rele se observă deobiceiu

nevroze cari se traduc prin excitație maniacă, halucinațiuni convulsive, eclampsie, atacuri nocturne de epilepsie, isterie, choreea lui Sydenham, spaime nocturne, onychofagie, priapism. Procese a căror origine trebuie în general căutată în: masturbație, prezența unor viermi intestinali, un traumatism al capului.

a) Delir maniac la o istero-epileptică de 9 ani. Cauza: prezența unor larve vii în sinusurile frontale *(Legrand de Saulle)*.

b) Accidente de choree, însoțite de furie maniacă la o fată de 11 ani. A încercat s'o omoare pe mama ei și să înnece pe o soră mai mică, aruncând-o într'o baltă. Cauza: repercursiunea unei boli a pielei capului *(Morel)*.

c) Delir, maniac, melancolie și monomanie, la 9 fete de 7—9 ani *(Schnepp)*.

d) Minori epileptici, cu accese maniace, complicate cu un fel de extaz *(Delasiauve)*.

e) Cazuri de nevroze acute la copii de 7, 6 și 3 ani și jumătate *(Brierre de Boismont, Bucknill)*.

2. **Nebunia melancolică**, foarte frecventă în epoca pubertății, se manifestă printr'o mare iritabilitate și prin obsesiunea gândului sinuciderii.

3. **Nebunia halucinatoare**, mai ales sub forma *maniei persecuției*, în perioada pubertății.

4. **Nebunia morală** sau **nebunia impulsivă** se manifestă, la copil, prin încăpățânare, o atitudine nedisciplinată, porniri perverse, cruzime. Deși inteligent, e incapabil de a avea o noțiune despre ce e moral și ce e imoral.

5. Inrudită cu nebunia morală e **debilitatea**. Copilul e capabil de a avea reprezentări concrete și abstracte și posedă oarecare aptitudine de a învăța, întrucât îl ajută memoria; asimilarea și elaborarea foarte reduse. Incapabil de judecată proprie, indecis, debilul nu e în stare să deosebească esențialul de secundarul. Invățătura lui cu greu trece dincolo de bariera instrucțiunii elementare *(18 ani.* Loviri grave. Tentativă de omorîrea propriei sale mame. Debilitate mintală. Accese delirante, halucinații ale văzului și auzului. Agitație maniacă, idei confuze de persecuție, insomnie).

6. **Imbecilitatea.** — *In forma ei mai pronunțată*, copilul întâmpină o foarte mare greutate în crearea și elaborarea de reprezentări abstracte — și chiar când reușește, ele sunt incomplect definite.

In forma ei mai ușoară, imbecilitatea se apropie de debilitate.

In genere, imbecilul posedă în mai mare măsură ca individul normal puterea de receptivitate a centrilor psichici pentru impresiunile exterioare, dar imediat intervine diferențiarea prin aceea că acești centri au o aptitudine redusă când e vorba să fixeze impresiunile primite, adică memoria e slăbită, de unde şi greutatea de a realiza asociaţiuni de idei. Copilul percepe încet, sesizează greu lucrurile învăţate şi le reproduce numai mecanic. Aceasta însă nu exclude să aibă unele predispoziţiuni, talent chiar, când e vorba de dexterităţi sau de lucrări manuale.

Facultatea asociaţiunilor de idei fiindu-i redusă, imbecilul nu poate avea o conştiinţă morală, o tărie de caracter care să impună cu hotărîre pornirilor egoiste sau actelor impulsive. In caz de delict, trebuie examinată cu atenţie speţa, pentrucă e posibil ca în ocurenţă imbecilul să posează oarecare discernământ, în deosebi în materie de furt şi excrocherie. De îndată însă ce e vorba de crimă, se poate recunoaşte o iresponsabilitate aproape complectă, pentrucă, la isbucnirea impulsiunilor criminale, facultatea judecăţii e cu totul anihilată.

Sub raportul instinctului sexual, imbecilul, chiar în forma mai uşoară a acestei psicho-nevroze, e un iresponsabil: la el nu poate fi vorba de satisfacerea normală a pornirii genesice, ci mai mult de manifestări perverse: auto-masturbaţie sau practica masturbaţiei asupra altor copii.

Lăcomia neinfrânată e şi ea una din caracteristicile imbecilului.

a) 10 ani. Tentativă de omorârea unei surori. Imbecilitate: instrucţiunea nulă.

b) 16½ ani. Furt. Imbecil. Umbletul abea la 3 ani. Diaree până la 7 ani. Somnambulism.

7. Idioţia — absenţa aproape complectă a oricărei scântei de inteligenţă — poate fi *congenitală* sau *dobândită* (în urma unor turburări cerebrale datorite unei cauze interne sau externe).

a) *In forma ei cea mai gravă* — *muţenia idiotică* — notăm absenţa nu numai a inteligenţei, dar şi a vorbirii. Străin de lumea înconjurătoare, un atare idiot e uneori şi incapabil de a se hrăni şi trebuie alimentat cu sonda. Sub raportul responsabilităţii e inexistent.

b) O formă deosebită a idioţiei e aceea pe care *Langdon Down* a denumit-o *idioţia mongoliană:* o stare congenitală caracterizată prin facies asiatic, agitaţie, iritabilitate, inatenţie, încăpăţânare, rezistenţa la orice încercare de corijare prin educaţie şi instrucţie.

c) *In formele mai atenuate,* idioţia nu exclude percepţiunea lumii înconjurătoare, dar aceasta se reduce la reprezentări pur sensuale, la aprecieri primitive. Nu poate fi vorba de responsabilitate, de vreme ce nu există posibilitatea formării unei cât de rudimentare conştiinţe morale.

Cu drept cuvânt observă *Wagner-Jauregg* că nu trebuie să inducă în eroare pe expert faptul (arătat de statisticile institutelor de educare a idioţilor) că unii copii, cu forma cea mai gravă a idioţiei, sunt totuş capabili de a primi o anumită educaţie. Această educaţie nu e în definitiv decât un fel de dresaj — întocmai ca la unele animale, oricât de mărginite din punctul de vedere al inteligenţei. Nu poţi atribui facultatea discernământului unui idiot care a învăţat să reziste unora din pornirile sale, după cum nu poţi vorbi de discernământ la un animal inferior dresat să facă anume mişcări. Deasemenea expertul nu va deduce existenţa discernământului din faptul, adesea verificat, că unii idioţi, cu toată absenţa patentă a inteligenţei, pot manifesta unele aptitudini mecanice sau de altă natură, de exemplu talent muzical, sau chiar o desvoltare unilaterală uluitoare a memoriei numelor, numerelor, etc. Sau, în sfârşit că idiotul dă dovadă de premeditare şi chiar de şiretenie în săvârşirea unor anumite acte — „calităţi" ce se observă şi la unele animale.

d) Pentru *diferenţiarea unui idiot de un imbecil, Krafft-Ebing* recomandă drept criteriu prezenţa sau absenţa reprezentărilor şi percepţiunilor abstracte, ştiut fiind că: idiotul, chiar în forma atenuată, nu e niciodată capabil de o atare sforţare cerebrală.

e) Sub raportul instinctului sexual, idiotul congenital e în genere inexistent: organele genitale sunt atrofiate, perii pubisului (după vârsta pubertăţii) lipsesc cu totul sau sunt foarte rari, un perzistent habitus infantil. Sunt însă şi excepţii: instinctul sexual se manifestă prin exibiţiune şi prin masturbaţie.

⁂

f) Imbecilitatea şi idioţia sunt adesea marcate şi prin anomalii exterioare: *microcefalia* (sudura prematură sau asimetrică a oaselor capului), *hydrocefalia.*

1. *17 ani.* Furt. Idioţie: cunoaşte câteva litere, nu ştie să numere decât până la 10. Incăpăţânat, turbulent. Dispariţii de acasă, îi e groază să rămână singur. Meningită şi convulsiuni la vârsta de 4 ani, rămâne orb timp de 6 luni, când pierde graiul şi umbletul, cari îi revin abea la 7 ani. Frecvente accese de furie. Coprofagie.

2. *20 ani.* Exibiţionism. Idioţie. Nu ştie citi, numără până la 40. Vocabularul redus la câteva cuvinte. Foarte sâcâitor. Onanist neînfrânat.

8. **Cretinismul** e idioţia agravată prin mari vicii de conformaţiune anatomică.

19 ani. Furt. Prognatism al maxilarului superior. Vălul patlatin ogival. Pometele ieşite, depărtate. Picior varus equin. Urechile depărtate concave, lobul voluminos aderent. Incisivii superiori voluminoşi. Cap exagonal. Bosele frontale foarte ieşite. Medius mai lung ca palma. Apofisele mastoide proeminente.

9. **Surdo-muţii.** — Un atare infirm congenital şi care n'a primit nici o educaţie e un iresponsabil absolut.

Surdomutul, care a primit o oarecare instrucţiune şi deci e capabil de a judeca, e tot în stare de inferioritate în ce priveşte puterea discernământului şi aceasta din cauza infirmităţii sale, care constitue un caracterizat stigmat de degenerescenţă.

10. **Insuficienţe intelectuale consecutive unor traumatisme ale capului.** — Atari traumatisme pot avea de urmare nebunia morală, impulsiuni inconştiente, atacuri epileptiforme, perversiuni ale instinctului.

16 ani. Atentat la pudoare. Sadism. Debilitate mentală consecutivă unui traumatism al capului suferit la vârsta de 10 ani.

11. **Epilepsia** e şi la copil — după cum vom vedea şi la adult — o gravă cauză de acte delictuoase sau criminale, prin turburările psicho-mentale pe cari le provoacă (stare cronică: degenerarea epileptică; stare temporară, concomitentă cu accesele cari se pot repeta mai des sau mai rar). Indiferent de forma ei, epilepsia se manifestă fie printr'o mare iritabilitate, fie printr'o depresiune morală, şi una şi alta exercitând o înrâurire dezastroasă asupra discernământului bolnavului.

12. **Paralizia infantilă** (care poate fi de natură esenţială, adică independentă de orice leziune, sau reumatică, miogenică, atrofică) poate avea ca urmare o atrofiare a facultăţilor intelectuale, până la crearea tipului debilităţii şi chiar al imbecilităţii. O pe cât de rară, pe atât de interesantă formă a paraliziei infantile a fost recent comunicată la Academia de Medicină din Paris: fenomenele paraliziei infantile (friguri, cefalee, sudori, angină) apărute la un copil de mult atins de quadriplegie spasmodică.

I. *13 ani.* Furt şi incendiu. Imbecilitate consecutivă paraliziei infantile.

II. *15 ani.* Atentat la pudoare. Hemiplegie. Atacuri epileptice urmate de turburări intelectuale şi impulsiuni inconştiente foarte periculoase. Starea psichică obicinuită: tristeţea.

C. Misiunea medicului expert

> *„L'examen biologique démontre que 50 % environ des jeunes délinquants sont des débiles, des infirmes cérébraux dont le défaut d'équilibre mental et le défaut de sensibilité sont les causes de leur inadaptation sociale".*
>
> (LACASSAGNE-MARTIN)

Nu e o simplă afirmaţiune, expresiune a unei impresiuni mai mult sau mai puţin superficiale, ci concluzia unui lung şi minuţios studiu făcut, în penitenciare şi în coloniile de corecţiune întâiu de întemeietorul şi apoi de continuatorul şcoalei lyoneze de medicină legală. Dacă acesta e procentul de desechilibru mintal al minorilor infractori, e evident că dreptul de represiune recunoscut societăţii constituite ar constitui un abuz, dacă exerciţiul lui n'ar fi condiţionat de o prealabilă expertiză medicală. Şi am văzut cât de mare e varietatea cauzelor originare ale stării de inferioritate a minorului sub raportul discernământului, fără existenţa căruia insăş legea penală în vigoare, aşa anachronică precum este ea, se declară dezarmată.

In perioada I-a a minorului delincvent (până la 8 ani, *art. 61 c. p.*) rolul medicului-legist e redus la acela al unei simple identificări în ce priveşte limita de 8 ani, atunci când, la inceputul informaţiunii judiciare, nu există piese autentice sau cel puţin notorietatea pentru determinarea vârstei.

In Perioada a II-a (8—15 ani, *art. 62* şi partea intâia a aliniatului 1 *art. 63 c. p.*) chestiunea discernământului, am văzut-o, se pune *de plano*, adică nu se poate porni judecata, până ce aceasta nu e luminată dacă prevenitul a lucrat cu sau fără pricepere. Dar în aplicarea acestei dispoziţiuni se iveşte o dificultate juridică, isvorită din *art. 364 c. pr. p.*, care (am mai relevat-o) fixează limita de 16 ani. Medicul-legist fiind auxiliarul indispensabil pentru o bună administrare a justiţiei, nepotrivirea aceasta îl interesează şi pe el, pentrucă urmărirea formală precede aplicării sancţiunii: pentru omul artei se pune problema: se va rosti, in ce priveşte alterarea eventuală a facultăţii discernământului, şi atunci când are de examinat un delincvent mai mare de 15 dar mai mic de 16 ani? Chestiunea e controversată, iar la menţinerea confuziunii contribue şi inconstanţa jurisprudenţei noastre: 1) „Numai când inculpatul este *mai mic de 15 ani* este ţinut tribunalul să stabilească, dacă minorul a lucrat cu pricepere, iar nu şi când este mai mare de 15 ani" (*Cas. S. II, 11,* 4 Noembrie 1888). — 2) „După art. 364 pr. p., când acuzatul are *mai puţin de 16 ani*, preşedintele trebuie să pună, sub pedeapsă de nulitate, şi chestiunea dacă acuzatul a lucrat cu pricepere" (*Cas. S. II,* 19 Februarie 1892).

In perioada a III-a (până la 20 ani, *art. 63 c. p.*) în mod arbitrar legea penală presupune ca indiscutabilă existenţa discernământului şi nu mai admite nici o altă modificare a scării de gradaţiune a pedepsei. Şi doar' am văzut că un minor din această categorie, chiar posedând o inteligenţă sclipitoare, deci şi puterea de judecată, e totuş lipsit de baza morală — conştiinţa nedeformată şi liberul-arbitru, adică sau e numai amoral, sau numai sclavul unei sugestiuni criminale, sau al unei obsesiuni morbide, sau ii lipsesc simultan şi conştiinţa păcatului şi puterea de a-şi forma şi orienta voinţa. Şi cum să pui pecetea indelebilă a infamiei pe fruntea unui astfel de nenorocit, atunci când, în ţările cu responsabilitatea atenuată pentru *adult*, se proclamă: „Il n'est pas nécessaire que les portes de la prison se ferment sur l'homme qui, dans un moment d'*emportement* ou de *faiblesse*, a contravenu une première fois à la loi pénale" *(Thonnissen:* Raportul de prezentare a legii belgiene pentru suspendarea executării pedepsei). Se recunoaște — și e just — că adultul poate să nesocotească legea penală sub imperiul unei impulsiuni, al unei obsesiuni, al unei slăbiciuni de ordin psicho-patic, dar această scuză codul nostru penal o refuză neisprăvitului mai mare de 15 ani!

Dar i-o refuză numai în articolele cari determină minoritatea, pentru ca în altă parte, în acelaș compartiment al suprimării sau atenuării responsabilității (Titlul VI: Despre cauzele cari apără de pedeapsă sau micșorează pedeapsa), confundându-l cu infractorul in genere, să i-o acorde sub altă formă: „Nu se socotește nici crimă sau delict faptul săvârșit în stare de *smintire* și în oricare altă stare de pierderea uzului rațiunii sale, *prin cauze independente de voința sa*". Singura laturе aleatorie a acestei dispozițiuni generale e că în ea se vorbește de pierderea uzului rațiunii, deci se presupune existența rațiunii — rezultanta acțiunii convergente a inteligenței și a conștiinței. Or, minorul sub 20 ani, purtător al unor tare (datorite eredității, educațiunii, mediului, unor insuficiențe volitive de natură congenitală sau dobândite) cari il lipsesc cu totul de facultatea judecății sănătoase, nu posedă în nici un moment ceeace codul ințelege prin rațiune. Infractorul minor se bucură și de facultatea de apreciere a gravității actului și de o voință sustrasă oricărei influențe externe, dar totuș săvârșește delictul sau crima, pentrucă nu e în stare să-și desăvârșească judecata, lipsindu-i criteriul moralității, in lumina căruia să aibă netă percepțiunea că aceea ce face e o faptă reprobabilă. Dă foc: își ia toate precauțiunile spre a nu fi prins asupra faptului și în acelaș timp dă dovadă de pricepere in punerea la cale a crimei — deci existența indiscutabilă a inteligenței: aprinde focul, pentrucă găsește în aceasta o plăcere diabolică — deci și existența unei voințe neinrâurite; dacă, însă, judecata morală nu i-ar lipsi, nu numai că ar renunța, dar nici n'ar fi conceput proectul săvârșirii unui astfel de act. — *Art. 57*, astfel cum e redactat, nu admite scuza iresponsabilității pentru un infractor amoral, ci numai pentru acela care e ori un alienat, ori un impulsiv, ori un slab de fire care-și pierde iute capul. Dreptul roman dă, în această privință, dovada unei mari lărgimi de vederi când, ținând seama de efectele instalării pubertății, intinde beneficiul responsabilității atenuate asupra întregii perioade pupilare (14—25 ani): „*pupillus mitius punitur*".

Până la o primenire radicală a ideilor în materie de represiune penală — noua concepțiune juridică pe care nădăjduim s'o vedem afirmată în codul in preparație — siliți suntem să ne mărginim consultațiunea medico-legală complectă numai la minorii infractori de gradul II. Cât despre cei de gradul III, medicul legist trebuie să se străduească să convingă judecata că și ei, după speță, pot intrà în cadrul articolelor 62 și 63, atunci când, în conștiință, nu li se poate face aplicațiunea art. 57 ca unii al căror unic păcat ar fi numai absența simțului moral.

Expertiza medico-legală, in materie de responsabilitate a minorului interesează nu numai aplicațiunea codului penal, ci și acea a celui civil, care prin *art. 1000* statornicește că „tatăl, și mama după moartea bărbatului, sunt responsabili de prejudiciul cauzat de copii lor minori ce locuesc cu dânșii”, prejudiciu a cărui reparațiune e edictată de art. 998 și 999 c. c. Răspunderea civilă a mamei se poate invoca și atunci când tatăl, deși trăește, o smintit și deci lovit de moartea civilă a interzisului. După *Alexandresco* repararea prejudiciului se mai poate reclama părinților și în cazul când minorul a fost absolvit, pe considerațiunea că faptul incriminat nu e prevăzut în legea penală. In acest caz, partea lezată poate cere tribunalului civil să constate existența faptului prejudiciabil și, atribuindu-i numai caracterul unui quasi-delict, să facă aplicațiunea articolelor 998, 999 și 1000 c. c.

In nici un caz însă părinții nu pot fi urmăriți in penal atunci când tribunalul a pronunțat achitarea minorului: „Când se recunoaște că minorul a lucrat fără pricepere și este achitat, de crima sau delictul ce a comis, persoanele ținute de lege să răspundă civilmente pentru prejudiciul cauzat de copiii lor minori, nu pot fi condamnate pe cale penală, chiar dacă, cu toată achitarea pronunțată, subsistă un quasi-delict putând da loc la daune pe cale civilă”. *(Cas. S. II, 1913).*

FACU BIBLIO DIN

⁂

Examenul minorului delicvent se face după instrucțiunile schematice privitoare la examenul alienatului criminal, (vol. I. p. 671—676) și cari se referă la: 1) antecedentele familiale; 2) antecedentele personale; 3) originea și evoluția stării speciale; 4) constatările anatomice; 5) constatările fiziologice.

Concluziunile cată a oglindi cât mai fidel conștiința îndeplinirii nepărtinitoare a unei datorii cu o dublă lature; pe deoparte de a împiedeca o adevărată inichitate prin exercițiul asprimii legii contra unui iresponsabil sau a unui delincvent cu responsabilitatea atenuată, iar pe de alta de a nu se lăsa târît de o slăbiciune sentimentală, contribuind la asigurarea impunității unui element rău, dovedit că nu depindea decât de el ca să nu comită infracțiunea. Atunci când nu găsește nici o tară ereditară, nici o influență psicho-patologică de natură congenitală sau dobândită, expertul se va interesa îndeaproape de laturea educației și a mediului, pentrucă el nu trebuie să scape din vedere considerațiunea că acești doi factori deformează marele regulator ce este judecata liberă, ca una ce se interpune între pornire și act.

In construirea demonstrației sale, expertul va cântări și gradul de promptitudine, de nechibzuire a actului incriminat, precum și mobilul acestuia.

Va nota eventuala desvoltare fizică exagerată și subită, care de regulă se face în dauna desvoltării intelectuale.

Elementul răscoalei, ce fenomenele fazei pubertare o provoacă în întrega ființă a minorului, va constitui una din pietrele angulare ale întregului edificiu al expertizei. După cum nu poate fi discernământ înainte de pubertate, tot așa discernământul total sau chiar numai parțial poate lipsi imediat după pubertate, ca una ce zdruncină întreg echilibrul moral.

In sfârșit, medicul va căuta să dejoace manevrele acelora dintre minori cari, preveniți contra regimului de supraveghere specială din stabilimentele de corecțiune, simulează un perfect discernământ, spre a-și scurta timpul privațiunii de libertate, care, pentru unul de 15 ani, se poate prelungi până la 20 ani; pe când, declarat responsabil, atunci când nu e urmărit decât pentru un delict, poate scăpa numai cu câteva luni sau și cu mai puțin (15—30 zile), după natura și gravitatea infracțiunii. *Tanoviceanu* citează cazul unui minor care a cerut anularea sentinței prin care, prin invocarea lipsei discernământului, tribunalul îl achitase, dar hotărîse internarea lui într'o casă de corecțiune.

* * *

Infracțiunile, pentru cari îndeobște sunt urmăriți minorii, intră în una din următoarele spețe (statistica lui *Roubinovitch*, 1928): furtul simplu (de obiecte sau alimente), furtul cu efracție, vagabondajul, pederastia, cerșetoria, abuzul de încredere, escrocheria, loviri și răniri, ultrajarea agenților forței publice, degradarea obiectelor de utilitate publică, ultraj public contra pudoarei, atentat la pudoare, tentativă de omor, omor săvârșit, paricid.

PARTEA III

ADULTUL

> *„Majori se socotesc atât bărbatul cât și femeea cari au îndeplinit 21 ani; la această vârstă fiecare este capabil de a face toate actele privitoare la viața civilă, afară de restricțiunile prevăzute la titlul căsătoriei"* (art. 434 c. c.).

> *„La loi civile déclare la femme mineure pour toujours".* — Michelet

La 21 ani (eventual la 18, pe cale de emancipare ori căsătorie, aceasta din urmă creând starea de emancipare de drept) după codul civil; la 20 ani, după codul penal. individul capătă medalia de identitate a nouei și desăvârșitei lui personalități sociale, căreia legea îi conferă plenitudinea exercițiului drepturilor civile și politice (cu excepția restricțiunilor ce privesc femeea ca atare și a incapacității legale de care e lovit interzisul). Dar medalia are și dosul ei: odată cu atribuțiunea drepturilor, se crează noui îndatoriri și se ridică bariera care va limita răspunderea nevârstnicului pe deasupra beneficiar al unei îndulciri a sancțiunilor. Oricine e major e *ipso facto* reputat a avea controlul deplin al hotărârilor și actelor sale, — deciziuni și fapte cari angajează personalitatea-i civilă și responsabilitatea-i penală.

CAP. I

DISCERNĂMÂNTUL-RESPONSABILITATEA ATENUATA

Codul civil (diversele dispozițiuni privitoare la nulitatea sau anulabilitatea actelor vieții civile) fixează condițiunile de capacitate legală. Codul penal *(art. 57)* proclamă principiul că „nu se socotește nici crimă nici delict faptul săvârșit în stare de smintire și în orice altă stare de pierdere a uzului rațiunii sale prin cauze independente de voința sa". Nu există nici contravențiune (Tanoviceanu). Iar „ordonanța de neurmărire nu e supusă nici opoziției la Camera de punere sub acuzare, nici recursului" *(Cas., S. II*, 26 Ianuarie 1900). Chestiunea discernământului se poate pune și în cursul judecății, la jurați, când apărarea invoacă starea de imbecilitate ori de demență a acuzatului. (Când acuzatul a propus o scuză din cele admise de lege ca atare, preşedintele va trebui. sub pedeapsă de nulitate, a pune chestiunea următoare: „Cutare fapt este bine constatat?" — *art. 363 c. pr. p.)*.

Adică, întocmai ca pentru minor, se pune şi pentru major chestiunea discernământului. Urmează dar că anumite fapte medicale putând avea o înrâurire de determinat asupra exerciţiului drepturilor, a felului de îndeplinire a obligaţiunilor. precum şi asupra conştiinţei individului despre răspunderea sa faţă de lege. medicul-legist are chemarea ca, în cadrul legiuirii în vigoare, să examineze toate manifestaţiunile vieţii individului. întrucât ele pot veni în conflict cu ordinea socială statornicită. Şi medicul-expert are această chemare în aceşti termeni proclamată de *Barbier*, fost prim-preşedinte al Curţii de Casaţie din Franţa: „C'est un axiome de droit moderne que chaque fois que la cause à juger comporte un côté scientifique. *la magistrature ne peut se prononcer que d'après l'avis des hommes de science seuls compétents*". In adevăr. fără a mai reveni asupra controversei cu privire la determinism şi indeterminism. capacitatea civilă ori responsabilitatea penală sunt de multe ori în funcţiune de imponderabile, pe cari numai omul artei e în stare să le identifice şi să stabilească raportul direct dintre actul săvârşit sau numai intenţiunea manifestată şi valoarea cauzei de turburare a judecăţii şi a conştiinţei morale.

Pentrucă, după cum foarte bine observă *Misdag* (1928), in afară de factorii psichologici şi exogeni ai criminalităţii, mai e un al treilea de care nu se ţine îndeajuns seama — inversiunea simţului plăcerii: pe când neurastenicul, de exemplu, *nu poate să vrea* şi această impotenţă volitivă îi pricinueşte un sentiment de neplăcere. criminalul nărăvit *nu vrea să vrea* — şi această abulie voluntară îi dă o senzaţie de plăcere.

Sunt stări mintale patologice cari, după natura şi gradul lor, pot anihila total sau numai parţial, definitiv sau numai temporar. facultatea discernământului: deci o chestiune de intensitate şi una de durată a agentului de alterare (durată efemeră. durată de ceasuri. zile. săptămâni. luni. ani).

Determinarea existenţei acestei soluţiuni de continuitate (efectul vertiginos al unui afect. al unei impulsiuni sau efectul fatal al desechilibrului mintal) în luciditatea spiritului persoanei a cărei capacitate civilă e contestată sau a cărei răspundere penală e reclamată, e de o însemnătate capitală pentru o bună administrare a justiţiei. Debilitatea mintală. de exemplu, poate explica obligaţiunea nesocotit asumată de un individ, după cum accesul de mânie al unui temperament impulsiv poate lămuri un act delictuos la un om la care. până la comiterea infracţiunii. nu se notase nici o scădere a judecăţii cumpănite. Şi apoi, cine dacă nu expertul are competinţa de a face demarcaţia între fapta compatibilă şi cea incompatibilă cu gradul de turburare mintală? In cutare stare anormală se poate admite numai scuza unui delict (mai uşor sau mai grav), iar în cutare altă stare morbidă găsim absenţa complectă sau numai parţială a conştiinţei morale, în clipa săvârşirii unei crime. Expertul va arăta dacă scăderile, sub raportul intelectului şi al simţului moral, isvorăsc dintr'o alteraţiune congenitală ori dintr'una dobândită (independent sau dependent de voinţa autorului actului civil necihibzuit sau al infracţiunii).

Acţiunile individului fiind în funcţiune de ereditate, educaţie, caracter şi temperament, vârstă, sex, credinţă religioasă, îndeletnicire obicinuită, mediu, condiţiuni sociale şi economice, de raportul dintre pornirile instinctuale şi puterea frâului raţiunii, instanţa de judecată nu se poate rosti în deplină cunoştinţă de cauză fără o consultaţiune medico-legală. Pentrucă, încă odată (vezi: determinism şi indeterminism la capitolul „Responsabilitatea minorului“, vol. II, pag. 129), teoria liberului-arbitru absolut e de domeniul conceptului transcendental kantian: singură tangibilă, accesibilă raţiunii liberate de cătuşele utopiei morale, e legea cauzalităţii (factorii interni şi externi cari influenţează libertatea de a alege şi de a voi). „Medicul vede individul prin prizma slăbiciunilor inerente firii omeneşti: juristul nu-l vede decât în lumina faptei nelegiuite: justiţia trebuie să examineze omul şi sub raportul slăbiciunilor şi sub acela al nelegiuirii. E deci necesar pentru justiţie de a utiliza medicina spre a putea aprecia acţiunea fizicului asupra moralului şi în chipul acesta gradul de responsabilitate a individului“ *(Schopenhauer)*. Rolul acesta al expertului îl proclamă şi *Garçon* când, vorbind despre monomanie, observă că aceea ce se crede a fi o nebunie intermitentă, deci cu intervale lucide, poate fi în realitate o manie permanentă latentă *(mania occulta)*.

O eroare judiciară recentă: Un individ de 50 ani, însurat, până în momentul comiterii infracţiunii de o purtare ireproşabilă, săvârşeşte un atentat la pudoare; în timpul instrucţiei şi la judecată, la interogatoriile ce i se iau, magistraţii nu notează nici o scădere intelectuală — şi condamnă. In închisoare se desînţuie paralizia progresivă, consecutivă unei vechi afecţiuni sifilitice. Infractorul, la epoca atentatului, se găsia deacum într'o fază caracterizată a demenţei. — *Richmond*, 1928.

După cum justiţia se poate găsi în faţa unui individ cu turburări mintale reale dar nemanifeste, tot aşa ea riscă să fie indusă în eroare prin *simularea* (în materie de represiune penală ori de validitate a unui act civil pe care cel interesat încearcă ulterior să-l prezinte ca încheiat în stare de inconştienţă) sau *disimularea* (când interesatul luptă împotriva declarării incapacităţii sale) unei stări mintale morbide. Expertiza medico-legală va demasca atât încercarea de simulare cât şi tentativa de disimulare.

Rolul acesta al medicului ca auxiliar indispensabil al justiţiei e consfinţit şi în legiuirea noastră mai vechie. Pravilele lui Matei Basarab şi Vasile Lupu, în instrucţiunile date judecătorilor, ordonă ca, în cazurile suspecte (simularea nebuniei), „să întrebe şi pe vraci, cari foarte bine îl vor cunoaşte de va fi nebun adevărat". Pentrucă „sunt nebunii cari nu sunt aparente şi chiar acestea sunt cele mai periculoase, deoarece ele nu se manifestă în idei, ci în fapte" (*Maudsley*). Astăzi nimeni nu mai contestă autoritatea omului artei de a identifica realitatea cauzei de alterare a discernământului, iar faimoasa protestare a jurisconsultului francez Troplong („La médecine légale affiche depuis quelque temps la prétention d'imposer ses oracles à la jurisprudence") a rămas cu valoarea unei simple butade. Nu e vorba de dat oracole, ci, în măsura priceperii omului cu pregătirea specială, să se verifice marele adevăr al antropologiei criminale enunţat de *Ferri* în formula: „Crima şi nebunia sunt două ramuri ale tulpinei unice a degenerescenţei omeneşti". Şi alienaţia mintală se desvoltă paralel cu creşterea populaţiei, însă într'o proporţie cu mult superioară. *Tanoviceanu* relevă, după datele statistice publicate, că „în Belgia, de exemplu, în timp de 50 de ani, populaţia s'a îndoit, iar *numărul alienaţilor s'a întreit*", ceeace se poate spune şi despre ţara noastră.

Expertului, conştient de misiunea sa, nu i se poate reproşa tendinţa imaginară de a vedea în orice împricinat un incapabil sau un dement, dar nici nu i se poate cere ca, de dragul maximei că „orice păcat trebuie certat", să pună surdină glasului ştiinţei, făcându-se complice la monstruozitatea de a popula penitenciarele şi ocnele cu alienaţi. Dar un atare penalism excesiv faţă de un nenorocit căruia îi lipseşte judecata neştirbită „in omnibus et per omnia" a repugnat şi conştiinţei făuritorilor vechilor noastre condici penale: „Omul ce va fi de'n afară de minte, acela măcar ce greşeală ar face, nu se va certa" (*Pravilele lui Matei Basarab şi Vasile Lupu*). — „Cine fiind copil mic *seu nebun, seu smintit la minte*, va omorî, nevinovat este" (*Caragea*). „Nu se va socoti nici crimă nici vină, când păritul va fi fost în stare de smintire a minţii în vremea săvârşirii faptei" (*art. 52 din Condica Criminală a lui Ştirbey din 5 Decembrie 1850*).

Că aparenţele înşeală şi se întâmplă să se ia drept alienat un individ perfect stăpân pe facultatea discernământului? Dar, în schimb, câte cazuri de nebunie reală nu dau impresia contrarie! Şi n'am mai isprăvi cu exemplele, unul mai tipic ca altul, — pilde de cari abundă tratatele de specialitate. (O alienată e internată. Din balamuc se plânge justiţiei că nu e nebună şi că e victima unei maşinaţiuni a familiei, mânată de interese inavuabile. Un magistrat e delegat cu ancheta. Interogată timp de două ore, alienata uimeşte pe judecător prin logica răspunsurilor ce dă. Cu impresia că în adevăr se află în faţa unei sechestrări arbitrare, magistratul dă ordin directorului azilului s'o pună în libertate. Medicul, care nu intervenise în tot cursul interogatorului, observă reprezentantului justiţiei: „Dar aţi uitat să-i stabiliţi identitatea!".—Nebuna— dintr'o mahala a Bucureştilor — nici nu mai aşteaptă întrebarea şi declară: „Sunt fiica lui Vlad Ţepeş, sora lui Napoleon, nepoata lui Matei Corvin, a lui Frederic cel Mare şi strănepoata Regelui Carol". Pe loc magistratul a contramandat ordinul de liberare).

Nu, prezenţa expertului e întotdeauna necesară, de îndată ce există bănuială de alterare a facultăţilor mintale. Şi această circumspecţiune trebuie aplicată nu numai faţă de persoanele direct în cauză, ci faţă de oricine e chemat să informeze justiţia.

1. Nu odată s'au văzut indivizi cari, sub prestare de jurământ, au afirmat a fi fost martori oculari la întâmplări, cari în realitate nu exprimau decât produsul unei sugestii (auziseră dela alţii, citiseră într'o gazetă). Avem de aface cu psichopaţii cari mint fără să ştie.

2. Ce temeiu se poate pune pe declaraţia făcută în justiţie de o persoană care suferă de *amnezia retroactivă?* Victima unui grav traumatism al capului (atentat sau accident) are memoria perfectă a faptelor şi întâmplărilor vechi de ani de zile, dar nu-şi aminteşte nimic despre atentat sau accident, nici măcar realitatea lor n'o poate confirma.

3. Îndeosebi concludente sunt cazurile de falsă *auto-acuzaţiune,* la baza cărora se găseşte întotdeauna o alterare mintală datorită halucinaţiunilor, histeriei, melancoliei:

a) O fată s'a denunţat singură de a fi avut raporturi sexuale cu diverse persoane, de a fi născut copii în câteva rânduri şi de a'i fi ucis, în complicitate cu amanţii. Ancheta a stabilit că femeea era încă fecioară şi că era atinsă de melancolie *(Krafft-Ebing).* — *b)* O femee de 26 ani se prezintă la postul de jandarmi şi declară: Cu 7 ani în urmă a înecat într'o fântână pe propria ei soră, în vârstă de 9 ani (şi de fapt, la epoca indicată, cadavrul fetiţei fusese scos din puţ). Graţie expertizei medicale s'a putut stabili netemeinicia acestei auto-acuzaţiuni: era vorba de o auto-acuzaţiune bazată pe o halucinaţie; femeea suferise, înainte de pubertate, de o gravă afecţiune cerebrală, iar dela vârsta de 18 ani avusese repetate atacuri epileptice şi, înainte de a se denunţa, încercase să se sinucidă cu arsenic *(Maschka).* — *c)* O mamă, cu mintea zdruncinată de moartea unicului ei copil, se prezintă procurorului şi, cu un lux de detalii, îl convinge că ea, cu propriile ei mâini, şi-a omorât copilul în bătăi. Expertiza dovedeşte o gravă turburare cerebrală, produs al melancoliei; iar ancheta judiciară stabileşte, că nenorocita luptase cu disperare să-şi salveze copilul, răpus de o boală generală *(Morel).* — *d)* Un acuzat, a cărui nevinovăţie fusese constatată, e achitat; ulterior se îmbolnăveşte de tifos şi, în delir, se denunţă singur de faptul care formase obiectul achitării *(Wagner-Jaureg).* —

e) In timpul prevenţiei, o femee se acuză în somn de fapta pentru care e urmărită. O codeţinută comunică judecătorului de instrucţie vorbele rostite în somn şi, pe temeiul acestei auto-acuzaţiuni, prevenita e condamnată. Trec ani şi se descopere autorul crimei (*Balogh*).—După cum observă *Wagner-Jauregg*.—în majoritatea cazurilor de auto-acuzare avem aface cu ceeace am putea numi încercarea de *sinucidere indirectă*, bolnavul căutând în chipul acesta să curme chinul ce'i pricinueşte starea morbidă, făcându-i viaţa insuportabilă.

Dacă auto-acuzaţiuni de aşa natură sunt posibile, e lesne de conceput de ce sunt capabili cei atinşi de una din formele alienaţiei mintale (mai frecvent: histeria, mania procesivă, mania persecuţiei), în materie de exagerare şi chiar de născocire, atunci când e vorba ca acuzaţiunea să fie îndreptată împotriva unei alte persoane. Sunt desechilibraţi cari, prin reprezentările lor halucinatorii sistematizate, ar isbuti nu odată să dea impresia veracităţii, dacă expertul n'ar interveni spre a demonstra existenţa nevrozei ori a afecţiunii cerebrale. In deosebi atentatele simulate sau imaginare dau mult de lucru justiţiei şi, tot numai graţie expertizei medico-legale, se face dovada inanităţii afirmaţiunilor alienatului.

Când ne gândim cu câtă uşurinţă — şi în bună credinţă — un om sănătos denaturează adevărul, chiar cu privire la un fapt petrecut sub ochii lui, ne putem da seama de ce născociri fantastice e in stare o minte sub imperiul unor viziuni purtând pecetea unei stări patologice.

* * *

Dovada existenţei discernământului şi a eventualului grad de alterare e o condiţiune esenţială a unei juste şi echitabile aplicări a sancţiunii legale, atât în civil cât şi in penal. Pentrucă sancţiunea codificată nu trebuie să aibă decât caracterul unei măsuri de igienă socială, iar nici decum acela al unei lovituri automate, fără a se ţine seama de cauzele de natură a vicia sau a aboli conştiinţa infracţiunii, libertatea voinţii şi simţul moral. Ministerul public, ca mandatar al societăţii lezate în aşezământul ei moral, are dreptul netăgăduit să reclame pedepsirea oricărei infracţiuni, dar are şi datoria de a se asigura de starea mintală a prevenitului, de a face dovada existenţei intervalului lucid în clipa săvârşirii faptului incriminat. Căci, absenţa discernământului nu numai *anihilează* acţiunea preliminară a urmăririi, dar ea *suspendă* instrucţiunea şi însuş cursul judecăţii, atunci când simptomele de alienaţie mintală se declară după pornirea acţiunii, pentrucă, după cum observă *Tanoviceanu*, un dement nu se poate apăra în mod eficace. Pentru aceeaş consideraţie, fenomenele de alienaţie apărând după pronunţarea sentinţei în prima instanţă, se suspendă termenele de apel şi de recurs. — Sancţiunea oarbă e departe de a atinge obiectivul, pentrucă ea nu poate avea un efect de amendare asupra unui spirit mai mult sau mai puţin adânc turburat, inaccesibil percepţiunii binelui şi a răului: „Dacă s'ar spânzura jumătate din criminalii nebuni, absolut nici unul din jumătatea cruţată nu ar fi impresionat, ca să nu mai nesocotească legea in timpul nebuniei" (*Maudsley*).

Locul alienatului nu e nici în penitenciar nici la ocnă, ci intr'o casă de sănătate, unde sunt perspective temeinice de trezire a conştiinţei morale. *Griffiths*, fost inspector general al închisorilor engleze, împărţind pe delincvenţi în categorii, defineşte pe alienaţi ca unii pentru cari porţile puşcăriei n'ar trebui să se deschidă niciodată. Regimul acesta special pentru alienaţi delincvenţi e prescris şi in *Digeste: „Furiosus satis furore ipso punitur; sufficit furore ipso eum puniri"*. (O documentată contribuţiune o formează şi studiul doctorului P. Nedelcu: „Alieniaţii criminali, necesitatea internării lor în aziluri speciale", 1904).

* * *

Instanţa de represiune, sclavă a literei unei legi care poartă pecetea unei mentalităţi anacronice, nu cunoaşte decât două elemente esenţiale de apreciere: responsabilitatea întreagă sau iresponsabilitatea absolută. Şi acesta e marele cusur al codului penal in vigoare, pentrucă de mult e demonstrat că există şi o stare intermediară: **responsabilitatea atenuată**, justificată prin existenţa unei morbidităţi morale care reduce, în mai mare sau mai mică măsură, conştiinţa infracţiunii, constituind ceeace *Tarde* numeşte *boala personalităţii*: „Sunt stări cari ne deasimilează şi ne înstrăinează nu numai de mediul în care trăim, dar şi de noi înşine. Toate cauzele, cari au ca efect o modificare mai mult sau mai puţin sensibilă a personalităţii, reduc răspunderea în măsura în care această personalitate e alterată".

Responsabilitatea atenuată ar putea fi invocată cu temeiu, de exemplu, în caz de sugestiune, când se face dovada că intelectul nedesvoltat sau alterat, ori o anumită psicho-nevroză îl face pe delincvent susceptibil de a se lăsa mânat de o voinţă străină — şi atunci el trebuie asimilat cu un semi-alienat, după cum tot semialienat e epilepticul cu crize rare şi cu numai uşoare turburări intelectuale. Boala personalităţii crează tipuri magistral caracterizate de *Barboux* (fost decan al baroului parizian): „Assez fous pour ne jamais aller en prison, et assez sages pour ne jamais être placés dans un asile".

Spre a fi echitabilă, justiţia trebuie să ia informaţiuni dela medic, în ce anume grad e ştirbită facultatea discernământului, pentruca potrivit concluziilor expertizei să gradeze şi sancţiunea. Dar pedeapsa nu poate fi nici penitenciarul comun, nici balamucul, ci petrecerea unui timp mărginit şi variabil (dela caz la caz) într'un stabiliment cu caracter mixt: de privaţiune a libertăţii şi de reeducare a conştiinţei şi voinţei. Noul cod penal spaniol (art. 90—98), admiţând responsabilitatea atenuată, fixează ca sancţiune internarea într'un azil judiciar, într'un azil particular pe cheltuiala Statului sau a familiei, supravegherea specială cu internarea din oficiu la primele simptome de turburări mintale manifeste.

Utopie încă la noi, responsabilitatea atenuată e aiurea de mult o realitate înscrisă în condica penală. Iniţiativa Danemarcei (1842) a fost îmbrăţişată de Suedia, Norvegia, Germania, Elveţia, Ungaria, Italia, Spania, Grecia, Columbia, Uruguay, Paraguay, Siam. Un ecou al acestei iniţiative îl găsim în codurile bavarez, austriac, olandez şi scoţian.

Beneficiul circumstanţelor uşurătoare (care există nu numai în codul nostru, ci şi în legile penale din Franţa, Luxemburg, Portugalia, Turcia, Statele-Unite, Egipt, Argentina, Nicaragua, Mexic, Venezuela, Chili, Honduras, Peru, Equator, Brazilia, Sudan) nu rezolvă problema, pentrucă el atrage numai o reducere a pedepsei, dar nu şi crearea unui regim special de aplicare a sancţiunii. Pedeapsa ordinară poate avea ca efect o agravare a stării de alienaţie: „Pentru semi-nebuni nu e vorba de atenuarea pedepsei în ce priveşte durata ei, ci de natura sancţiunii, aplicându-se o pedeapsă privativă de libertate tot atât de mare, dar mai curativă, mai educativă şi mai bine adaptată temperamentului semi-responsabilului" *(Le Poitevin)*.

⁂

Cât despre criminalul nărăvit, care nu e la prima lui recidivă, socotim că el n'ar mai trebui să părăsească vreodată închisoarea sau ocna. Pentrucă, dacă nu credem în criminalul născut ca atare — teoria lombrosiană a atavismului, — nu contestăm însă, că sunt firi pervertite la cari impulsiunile nu sunt de atribuit unei tare ereditare sau congenitale, ci mai de grabă cultivării unei perversiuni dobândite: întocmai ca la aberaţiunile sexuale nu avem aface cu o *boală*, ci cu un *viciu* şi viciul nu are dreptul la nici o cruţare. Din această consideraţiune de diferenţiare s'a inspirat şi codul penal norvegian (art. 65) care prevede că, din cauza instinctelor sale rele, un rău-făcător poate fi considerat ca un pericol permanent pentru societate. Juraţii pot fi întrebaţi dacă, la expirarea pedepsei, vinovatul mai trebuie menţinut închis, fără însă ca detenţiunea totală, de maximum 15 ani, să întreacă triplul duratei pedepsei.

⁂

Responsabilitatea (completă sau parţială) e, după cum am spus dela începutul acestui capitol, rezultanta acţiunii izolate ori combinate a unor factori interni şi externi, adevărate virusuri endogene şi exogene cari atacă, ştirbindu-le numai sau nimicindu-le în întregime, conştiinţa morală, libertatea şi chiar existenţa voinţei. Avem astfel de examinat discernământul atât în lumina etiologiei cât şi aceea a patogeniei desechilibrului mintal.

I. Etiologia delictului şi a crimei

Tanoviceanu deosebeşte patru categorii de delincvenţi: 1) *infractorul născut* (în existenţa căruia, am spus-o, nu credem); 2) *infractorul de ocazie;* 3) *infractorul din obiceiu;* 4) *infractorul nebun.*

A. Infractorul născut

Acesta e o creaţiune a unor deducţiuni, pe cât de ingenioase pe atât de în desacord cu adevărul ştiinţific, ale lui Cesare Lombroso. Pentrucă obliterarea simţului moral ca zestre moştenită din tată în fiu, în curs de generaţii, n'a fost până acum observată ca o tară indelebilă, ca un păcat originar, aşa cum vrea şeful şcolii antropologice italiene. E adevărat că s'a văzut, se vede şi se va mai vedea criminalitatea instalată într'o familie,—dar obnubilarea sau absenţa totală a simţului moral nu e datorită unui viciu eredo-congenital, ci influenţei directe a mediului, a educaţiei, a pildei — e un produs al asimilării prin imitaţiune conştientă ori inconştientă. Nu e necesar să aibi o ascendenţă delincventă, ca, la rându-ţi, să devii delincvent: „Fiecare din noi poate viola codul penal“ *(Romagnosi)*. „Omul cinstit poate deveni infractor“ *(Enrico Ferri)* „Intre infractorul de ocazie şi omul cinstit din fire nu este o deosebire intrinsecă, ci una extrinsecă, — întâmplarea vieţii“ *(Tanoviceanu)*.

Sigmate fizice, psihice, biologice, specifice delincventului, pe cari *Lombroso* a crezut să le poată identifica, nu există. Ceeace *uneori* există sunt semne de degenerescenţă, de morbiditate psihică şi mintală cari cauzează ori contribue la întunecarea simţului moral.

Să trecem in revistă principalele semne lombrosiene ale criminalităţii:

I. **Microcefalia** ar fi unul din aceste stigmate; realitatea însă (măsurătorile lui Heyer, Bardeier, Raux, cele ulterioare ale noastre — 5,980 bărbaţi, 494 femei şi 745 copii) a demonstrat că nu există o diferenţă între capacitatea craniană medie a criminalilor şi aceeaşi capacitate a omului moral.

II. **Deformaţiunea craniană.** — N'am găsit nici indicaţiunea lombrosiană privitoare la desvoltarea porţiunii occipito-parietale superioare (sediul instinctelor şi al reflexelor) şi strâmtarea porţiunii parietale (sediul inteligenţei); dimpotrivă, am găsit media normală pentru diametrii antero-posterior și biparietal, precum și pentru circonferința craniană și indicele cefalic.

In schimb, ca să nu dăm decât două exemple elocvente, vom releva disimetria craniilor lui *Kant* și *Bichat*, ceeace a făcut pe *Virchow* să conchidă că „un craniu diform nu e fatal însoțit de turburări intelectuale, pentrucă se institue compensațiuni cari restabilesc echilibrul". Iar *Joly* a observat că mai nu există craniu simetric, ceeace de altfel am putut confirma și noi in miile de măsurători antropometrice făcute timp de 40 ani.

Nu există nici o relațiune intre conformația craniului, malformațiunile anatomice și simțul moral. Acolo unde există un atare raport, ne găsim in prezența unui caz patologic: alienația mintală care obnubilează simțul moral.

III. **Faciesul «criminal»** și **faciesul «caracteristic fiecărui gen de crime»**, după bosele frontale, ieșitura arcadelor sprincenare, forma nasului, implantația și abundența părului, forma bărbiei, etc.

Lasă că noi nu le-am identificat decât la un extrem de restrâns număr de criminali (ieșitura arcadelor sprincenare în 4 la 100, frunte piezișă in 7 la 100), dar e absurd ca după atari semne să caracterizezi nu numai pe delincventul născut, dar chiar pe individul sortit unei anumite manifestațiuni a instinctelor criminale. E o erezie științifică de a face diagnosticul simțului moral după o anumită fizionomie: sunt doar atâția bandiți cu chipul simpatic, blajin, nevinovat!

Prognatismul in special e un semn arbitrar (e adevărat că l'am găsit și noi la 14 la 100 dintre criminali, dar prognatismul se observă și la foarte mulți oameni ireproșabili).

Semnul *dentițiunii* nu are absolut nici o valoare, anomaliile relevate de Lombroso fiind comune delincventului și omului normal.

IV. Faciesul are dimpotrivă o valoare informativă necontestată, când e vorba de identificarea alienației mintale. Statisticile ne arată 10—13 la 100 alienați printre delincvenți (noi credem că procentul real e mult mai mare, pentru că nu odată tribunalele refuză să țină seama de expertizele medico-legale, ori nici măcar nu le ordonă). Dar alienația mintală a delincventului nu e un stigmat al predestinației ci un produs al eredității și al degenerescenței (ascendență alcoolică, alcoolism propriu traumatisme cerebrale, imbecilitate, idioție congenitală sau dobândită).

V. Cât despre **nebunia morală**, unul din principalele semne lombrosiene, ea nu răspunde nici unei entități clinice: simțul moral, a cărui formă și intensitate variază dela un mediu la altul, dela un popor la altul, e o creațiune socială artificială pe care indivizii și-o transmit prin educație și pildă.

VI. **Epilepsia** nu e nici ea confirmată ca stigmat al criminalității: din 63.439 condamnați (o statistică pe 10 ani 1886-1895) n'am găsit decât 16 *epileptici*. Cât de departe suntem de cifrele de 14 la 100 (Lombroso) și 33 la 100 (Rossi)!

VII. Nici **sinuciderea** n-am identificat-o ca un semn distinctiv al delincventului: din 371 condamnați morți in inchisoare, *numai 3 s'au sinucis*.

VIII. **Leziunile meningee** nu le-am găsit congenitale, ci dobândite (consecutiv unei boli sau acțiunii alcoolului).

IX. **Creerul** unor criminali fioroși necropsiați nu arată nici el particularități morfologice specifice delincventului.

Nici *greutatea encefalului* nu poate constitui un criteriu: la unii alienați criminali s'a găsit peste 1.700 gr. (greutatea medie normală, la epoca maturității fiziologice, fiind de 1360 la bărbat, 1260 la femee), pe când la oameni geniali s'a găsit o greutate cu mult inferioară. (Ne vom mulțumi cu un exemplu recent: creerul lui Anatole France, studiat de Guillane-Louis şi Dubreuil-Chambardel, 1927. Greutatea 1.017 grame. O pronunţată disimetrie: emisfera stângă mai mică decât cea dreaptă. In schimb, scisurile şi şanţurile, inclusiv cele secundare, incisurile şi încreţiturile remarcabile prin adâncimea lor). Pentrucă valoarea intelectuală nu e în funcţiune de volumul creerului, ci de calitatea celulelor cerebrale, de desvoltarea circonvoluţiunilor, adică de suprafaţa şi de cantitatea substanţei cenuşii: „Natura are două mijloace de a mări suprafaţa pe care se întinde substanţa cenuşie: sau sporeşte brutal massa creerului sau cutează mai fin suprafaţa acestuia" *(Topinard)*. Cât despre dedublarea primei circonvoluţiuni frontale, pe care *Benedikt* a identificat-o la 12 dintre criminalii examinaţi de el, aceasta e o simplă varietate anatomică, notată la foarte mulţi indivizi perfect morali.

X. **Guşa** n'am găsit-o decât în 3 la 100 din criminalii examinaţi (dar toţi guşaţii noştri delincvenţi erau originari din anumite regiuni unde guşa e endemică).

XI. **Gângăvitul** l'am identificat numai în proporţia de 1, 2 la 100.

XII. **Deviarea coloanei vertebrale** numai în 0,4 la 100 (cele mai multe scoliose datorite unor traumatisme în prima copilărie).

XIII. **Facultăţile intelectuale:** din 4,059 delincvenţi examinaţi, am găsit: 34 cu o instrucţiune superioară, 1,128 ştiind să citească, să scrie şi să socotească, 291 ştiind numai să citească, iar 2,606 analfabeţi; mai mult de jumătate dintre delincvenţi sunt indivizi dedaţi trândăviei (2.456 fără nici o îndeletnicire faţă de 1,603 cu o meserie sau profesiune mărturisită).

XIV. După *Lombroso* criminalul e **insensibil la durerea fizică**, noi şi alţii am văzut, însă, tâlhari fioroşi operaţi, îngrozindu-se numai la vederea bisturiului sau a termocauterului.

XV. **Curajul ori laşitatea.** — E atât de pueril argumentul că nici nu face să insistăm.

XVI. *S'a invocat* **rezistenţa fizică** a criminalului la efectele unor grave traumatisme sau la leziuni şi afecţiuni cari pun viaţa în pericol. Şi *Gasparini* (1928) citează cinci observaţiuni clinice cari, după el, numai prin faptul însănătoşirii criminalilor, ar fi concludente (1. perforarea cu un glonte a stomacului, al cărui conţinut se revărsase în cavitatea abdominală; 2. perforarea multiplă a intestinelor; 3. ulcer care a necesitat o gastro-entero-anastomoză; 4. angina Ludovici cu umflarea planşeului bucal şi a cerului gurii şi cu dispnee; 5. tetanos consecutiv unei căderi în cap cu fractură craniană). Dar toate aceste observaţiuni n'au nici o valoare specifică, deoarece vindecări de atare natură s'au înregistrat şi la persoane perfect onorabile.

Ceeace şcoala lombrosiană ia drept stigmate ale criminalităţii (asimetria facială, malformaţiunea urechei, strabismul şi alte leziuni oculare, prognatism, anomalii dentare, vicii de conformaţie ale cerului gurii, disimetrii şi deformări ale trunchiului, hernii, anomalii ale organelor genitale, pigmentaţiunile pielei, naevi materni, etc.) e de fapt mai frecvent la alienaţi, epileptici şi idioţi, după cum poate exista şi la individul cu un excesiv simţ moral (puritan în cea mai largă accepţiune a cuvântului). E pecetea unei degenerescenţe fizice ereditare şi atâta tot. Dar nici *Lombroso* n'a găsit toate caracterele anatomice, patologice, fiziologice şi teratologice decât la 40% din criminalii examinaţi de el şi toţi pe sprinceană aleşi.

Semnele lombrosiene au dat, dau și vor da greș: prezența lor nu caracterizează pe criminal, după cum nici absența lor nu constitue un certificat de simț moral ireproșabil; sunt nenumărate cazurile de indivizi cu înfățișare și constituție organică normală, cari au pe conștiință cel puțin un furt, un incendiu, un asasinat, dar au știut să se strecoare printre ochiurile plasei judiciare: după cum iarăși sunt foarte numeroase cazurile în cari nevinovați au fost urmăriți și chiar condamnați, pe simpla prezumțiune trasă din pretinsele stigmate ale criminalității. Nu, omul nu se naște cu pecetea acesteia pe frunte. Nu e individ care să nu aibă patimi, instincte de natură a-l împinge la crimă; educația, instrucția, mediul, condițiunile socialo-economice favorabile le înfrâng, anihilându-le. Ceeace deosebește pe criminal de omul cinstit, e că primul n'a știut, n'a voit să-și stăpânească pornirile rele, năzuința nemăsurată de a-și procura un traiu îmbelșugat în trândăvie, de a-și satisface pofte variate în condițiuni normal nefavorabile.

B. Infractorul de ocazie

E speța cea mai rară și cea mai puțin periculoasă, pentrucă de regulă avem a face cu un individ cu simțul moral intact și care, numai silit de împrejurări, a devenit delincevent: legitimă apărare, constrângere morală, o revoltă irezistibilă *(ira furor brevis est)*, ispita.

Un loc aparte, în infracțiunea accidentală, îl are răsbunarea feminină. Femeea din popor, mai ales, exasperată de vieața chinuită (mizerie și maltratări) pe care o duce cu soțul abrutizat de alcool, își pierde într'o bună zi mințile și suprimă pe omul care nu-i mai apare decât în lumina unei bestii primejdioase. — Criminală de ocazie devine și femeea sedusă și în urmă abandonată, ori femeea care, cu toată resemnarea în fața traiului destrăbălat al bărbatului, nu e numai neglijată de acesta, dar nici măcar înlesnită cu mijloacele de existență necesare ei și copiilor.

C. Infractorul din obiceiu

Acesta e un produs al mediului, al imitațiunii, al educațiunii. Ceeace am expus pentru minor se aplică și delinceventului adult. — Imitațiunea, îndeosebi, e un factor important al criminalității, pentrucă pecetea ei o găsim nu numai la însuș faptul brutal al delictului sau crimei, ci și în detaliile de execuțiune. *Pietrusky* (1928) citează un caz impresionant: la câteva zile după publicarea descripției ciopârțirii cadavrului victimei unui asasinat, i s'a adus la morgă un alt cadavru ciopârțit, care prezenta un tablou de depesaj copie fidelă a primului. — O anumită „technică" a perversităților, a atentatelor la pudoare, a crimelor sadice e și ea, de multe ori, imaginea perfectă a cazurilor descrise in gazete, romane senzaționale, broșuri ocazionale ori a celor văzute pe ecranul cinematografic.

Ca și pentru infracțiunea accidentală, și în infracțiunea din obiceiu se cuvine un loc aparte femeii.

Bulionul de cultură prin excelență pentru criminalitatea feminină e *prostituția* care diluează, până la complecta dispariție, simțul moral. Avem in fața noastră o statistică groaznică:

Din 400 prostituate 378 și-au pierdut virginitatea intre 11 și 21 ani. Și practicau deacum prostituția (clandestină sau cu condicuță): 1 la 11 ani; 6 la 12 ani; 25 la 13; 36 la 14; 38 la 15; 60 la 16; 61 la 17; 67 la 18; 36 la 19; 28 la 20 și 20 la 21 ani.

Cauzele: 36 fete gonite sau abandonate de părinți vicioși, divorțați; 40 gonite ori abandonate de mame vitrege; 85 orfane, crescute de rude sau de streini și apoi abandonate; 150 concubine abandonate de amanți sau exploatate de aceștia; 22 seduse de stăpâni și apoi gonite; 79 fete dela țară, venite la oraș și ademenite de perspectiva unei existențe trândave; 7 din mizerie; 3 spre a-și hrăni părinții nevolnici.

Și la aceste nenorocite — cari fură, lovesc, omoară, pentrucă simțul moral le-a fost pervertit — *Lombroso* vrea să identifice faimoasele lui stigmate ale criminalului înăscut, pe când încăpute pe alte mâini, cu educație îngrijită și in alte condițiuni socialo-economice, toate, absolut toate puteau deveni elemente utile societății, cu atât mai vârtos, că la femeea în genere se notează o precocitate a maturității simțului moral.

Un contingent relativ însemnat al prostituției îl dau văduvele (prin deces ori prin divorț), fetele cari n'au putut sau n'au voit să se mărite.

D. Infractorul nebun

E un produs al unei stări patologice și de aceea ne vom ocupa despre el la: „Patologia incapacității civile și a iresponsabilității penale".

E. Infracțiunea profesională

La cele 4 tipuri ale lui *Tanoviceanu*, vom adăuga un al 5-lea: tipul infracțiunii profesionale, deoarece s'au notat delicte caracteristice îndeletnicirii obicinuite a individului. Anumite ocupațiuni crează o mentalitate specială, cu timpul obnubilează simțul moral iar individul găsește că e firesc și logic să se abată dela regulile de cinste și omenie, fie spre a-și îndestula nevoile, fie spre a-și satisface aspirațiuni ce depășesc mijloacele lui materiale. Așa: negustorul, mare ori mic, are un obiectiv — falimentul; bancherul improvizat — escrocheria (însușirea depunerilor ce i s'au încredințat); contabilul — falșul în registre (spre a fura pe patron ori spre a împărți cu el produsul fraudei); anumiți slujbași publici — falșurile în scripte (în schimbul unui bacșiș); sluga (bărbat ori femee) fură pe stăpân; moașa — avortul; cârciumarul — sofisticarea băuturilor; băcanul, măcelarul, precupețul — lipsă la cântar; etc. etc.

II. Patologia incapacității civile și a iresponsabilității penale

Stările cari, *în civil*, reduc capacitatea de a dispune și de a contracta obligațiuni, iar *în penal* influențează, micșorându-l sau anihilându-l, discernământul, sunt acelea cari interesează organizațiunea psicho-mentală a individului.

Din capul locului vom observa, împreună cu toți marii psichiatri și îndeosebi cu Trochine (fost profesor de psichiatrie la Universitatea din Kazan, expulzat din Rusia de către regimul sovietic, și autorul unei foarte documentat studiu asupra „Demenței" publicat în „Annales Médico-Psychologiques" 1928), că „procesele patologice cu varietatea lor de alterațiuni anatomice, cu diversitatea lor de localizare și de gravitate, nu produc toate un tablou identic al demenței". Dacă mai adăugăm particularitățile individuale și influențele exterioare accesorii, e evident că varietățile clinice ale demenței vor fi și mai numeroase. Să mai notăm că nu toate procesele patologice cauzează demența — care poate fi fatală, facultativă, progresivă, regresivă sau staționară: sunt stări morbide cruțate de demența caracterizată: psichozele psichogene și histeria.

In definitiv, în afară de obsesiunea morbidă, toate anomaliile observate în acțiunea omului au ca semn patognomonic o deviare sau chiar o abolire a simțului moral. Desvoltarea acestuia — după cum cu multă justeță stărue *Wagner-Jauregg* — nu e în funcțiune numai de educație, ci și de o predispoziție organică (predispozițiile vieții spirituale diferă și la omul sănătos). O turburare în desvoltarea creerului poate pricinui exclusiv turburări în domeniul funcțiunilor morale (a căror evoluție își găsește apogeul în faza de maturitate spirituală, când egoismul a cedat altruismului terenul cu îndârjire apărat).

Invățatul psichiatru austriac se ridică și el împotriva teoriei atavice a lui *Lombroso*, fără a tăgădui însă — ceeace e exact — că influențe patologice, turburări morbide în desvoltarea organismului, prin modificările imprimate însuș planului de desvoltare, pot contribui la apariția unor creațiuni cu aspect atavistic.

Așa, după studiul recent al lui *Nardi* (1928), sunt de reținut devierile morfologice ale suprafeței superioare a limbii, notate la

40% dintr'un total de 828 alienaţi examinaţi: e vorba de limba cutată şi limba cerebriformă. Avem aface cu o anomalie ereditară sau congenitală, mai pronunţată la bărbat decât la femee şi mai frecventă în neurastenia cerebrală şi în demenţa precoce. Aceste influenţe patologice sunt indirect recunoscute de însuş şeful şcoalei antropologice italiene, când proclamă că starea psichică a tipului de *delinquente nato* e aceea a unei stări caracteristice epilepsiei, deci un indiscutabil fenomen patologic. Or, epilepsia nu are nimic aface cu atavismul.

Mai e de notat că, în afară de epilepsia sub toate formele ei, inclusiv stările epileptoide, la delincvenţi se observă şi alte fenomene patologice dintre cari unele cu caracter latent mai mult etiologic, iar altele cu un pronunţat caracter simptomatic.

Gelma („Les transformations de la personnalité et les troubles du sens moral dans la période d'incubation des psychopathies aiguës ou subaiguës ou à retour périodique", Strasbourg 1927), pe baza observaţiunilor făcute, conchide: Numeroasele stări psichopatice acute sau sub-acute, cu evoluţie rapidă, sunt precedate de o perioadă asimptomatică şi caracterizată numai prin modificările simţului etic. Reacţiunile anti-sociale ale perioadei prodromice a psichozei trebuie privite ca strâns legate de boala mintală ale cărei prime manifestaţiuni sunt.

Dar indiferent dacă sunt sau nu generatoare ale demenţei, toate procesele patologice, inclusiv afectele, cari interesează sistemul nervos, atrag o scădere mai mare sau mai mică a conştiinţei morale şi o ştirbire a libertăţii voinţei — deci una din formele alienaţiei mintale, dintre cari expunem pe cele mai frecvent întâlnite în expertizele medico-legale:

1. Mania

Un delir general, caracterizat printr'o afecţiune cerebrală cronică: perturbarea şi exaltarea sensibilităţii, inteligenţei şi a voinţei, concepţiuni delirante şi halucinaţiuni. Foarte rară în vârsta copilăriei şi la bătrâneţe, mania se observă în perioada vieţii dela 20 la 50 ani. In majoritatea cazurilor afecţiunea e de natură ereditară (ascendenţă epileptică, alcoolică sau dementă); supărările mari, preocupările prelungite, surmenajul intelectual, excesele de tot felul sunt agentul provocator al bolii pe acest teren prielnic. Mania poate fi şi produsul unei stări morbide (alcoolismul, epilepsia, starea puerperală, histeria, bolile febrile grave). — Cliniceşte se deosebesc: *mania acută* sau *cronică, continuă, intermitentă* sau *remitentă*.

La unii maniaci caracteristica esenţială a bolii e exaltaţiunea facultăţilor intelectuale şi supraactivitatea corpului—*mania* *exaltată:* imaginaţia, simţurile, memoria aduc o abundenţă de idei exprimate intr'o formă relativ bine inchegată.

La alţii, dimpotrivă, cuvintele sunt fără şir, nu exprimă asociaţii de idei construite în mod logic — *mania incoherentă*.

Din punctul de vedere al manifestaţiunilor simptomatice, se deosebesc următoarele forme de turburări maniace: *mania veselă, mania ambiţioasă, mania erotică, mania religioasă, mania halucinatorie.*

Numai excepţional mania idiopatică debutează brusc; deobiceiu notăm o perioadă prodromică (câteva zile până la şase luni), ale cărei semne sunt: preocuparea excesivă, iritabilitate, anxietate, presimţiri sinistre, insomnia sau somn cu coşmaruri, limbă suburală, lipsă de apetit, o sete nepotolită şi constipaţie. Apoi boala se precizează: în perpetuu agitaţie, cu pulsul frecvent, maniacul cântă, zbiară, gesticulează, aleargă, capătă deodată un apetit vorace, porniri genezice violente, are accese de furie (când devine periculos pentru sine insuş şi pentru alţii). Cu ochii ca ieşiţi din orbite, injectaţi, cu vinele frunţii umflate, cu vocea răguşită, maniacul pierde respectul bunei cuviinţe: neîngrijit, murdar la port şi la vorbă, rosteşte cuvinte grosiere sau mascarale; in ce priveşte femeea in deosebi, aceasta nu mai are nici o ruşine (înjură şi, fără să roşească, oferă tuturor spectacolul goliciunii ei). O altă caracteristică a maniacului în general e insensibilitatea la căldură şi la frig, o transpiraţie abundentă (uneori fetidă). — In momentele de agitaţie, pulsul devine rapid, dar nu se notează febră propriu-zisă, pentrucă temperatura rămâne aproape normală. — Foarte iritabil, maniacul, de îndată ce e contrariat, se infurie, distruge totul din jurul său, loveşte, muşcă persoanele, se isbeşte cu capul de pereţi. Accesele acestea de furie pot uneori isbucni fără nici un motiv aparent—*explozii maniace periodice.* Stăpânit de un optimism exagerat, maniacul n'are niciodată viziunea clară a situaţiei (risipitor, face datorii, contractează o căsătorie nesocotită, scandaloasă, asumă obligaţiuni, se angajează în intreprinderi ruinătoare).

Deşi in forma mai uşoară a maniei, inteligenţa e oarecum prezervată (bolnavul se prezintă interesant spiritual chiar în conversaţie; e capabil de indeletniciri cari reclamă o continuitate în judecată şi în acţiune), dar iritabilitatea, impulsiunea, grandomania răpesc maniacului facultatea deplină a discernământului: *deci incapabil în civil şi iresponsabil sau cu responsabilitatea atenuată în penal (după faza bolii).*

2. Mania transitorie (mania subită, furor transitorius)

E forma de turburare a facultăţilor mintale, astfel descrisă, pentru întâiaş dată, de *Krafft-Ebing:* isbucnirea bruscă, la un om normal, a unui acces de furie sau de delir acut, cu totala confuziune de idei, halucinaţii şi iluziuni sensoriale şi suprimarea perceptiunilor venind dela lumea exterioară: de o durată variind între douăzeci de minute şi şase ore, accesul se incheie printr'un somn adânc şi, la trezire, prin amnezia absolută a tuturor celor petrecute in cursul desechilibrului trecător (nu are conştiinţa delictului sau a crimei comise).

Mania transitorie, notată mai mult la bărbat (îndeosebi la cei cu constituţie pletorică) decât la femee, are drept cauză determinantă: grijile, surmenajul, o emoţie violentă, o insolaţie, un exces alcoolic sau veneric.

In genere, accesul de manie transitorie e unic, recidiva fiind excepţională.

In cursul accesului — care, fireşte, poate fi simulat — *individul nu se poate bucura de capacitatea civilă şi nici nu poate fi făcut răspunzător în penal.*

3. Nebunia rezonantă

E o varietate a maniei (despre care *Maudsley* spune că „e o nebuloasă care străbate orizontul psichiatriei, nu însă de natură a apăra de responsabilitate") şi e caracterizată prin volubilitatea, inlănţuirea logică a ideilor, coloraţiunea dialectală în expunerea esceselor şi actelor desordonate, pe cari bolnavul ţine să le prezinte ca isprăvi fireşti şi spre cinstea lui. Perversiunea funcţiunilor afective; impulsiuni oarbe la acte de violenţă, la accese sanguinare. „Alienatul poate să scrie, să citească şi să-şi exprime gândirea ca un om cu mintea sănătoasă şi cu toate acestea, printr'un contrast bizar, îşi rupe hainele după el, sfâşie plapoma cu care se acoperă, salteaua pe care doarme şi e foarte ingenios în justificarea acestor acte de smintire" *(Pinel, Fodéré).*

Capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar); responsabilitatea penală atenuată.

4. Monomania

O formă incomplectă a maniei: numai o lature a facultăţilor mintale e zdruncinată; altfel, bolnavul apare ca stăpân pe funcţiunile intelectului. Se deosebesc două varietăţi:

a) *Monomania intelectuală:* o ideie delirantă pune stăpânire pe mintea bolnavului, se naşte o concepţie morbidă care, în spiritul maniacului, justifică actele lui dezordonate sau chiar delictuoase (persecutorii, maniacii religioşi, eroticii, hipochondriacii, inventatorii fantastici, prezumţioşii cu aspiraţiuni la situaţiuni inaccesibile, etc.).

b) *Monomania instinctivă* sau *impulsivă* (ai cărei reprezentanţi se recrutează printre nevropaţi, epileptici, alienaţi, alcoolici): sub influenţa unei impulsiuni patologice, voinţa e paralizată şi individul comite acte pe cari propria lui judecată le condamnă (obsesiune-impusiune). — Distingem două varietăţi: 1) *impulsiunea bruscă;* 2) *implusiunea lentă.* In forma dintâi, voinţa cedează fără nici o rezistenţă: iar bolnavul, sub imperiul obsesiunii şi cu simţul moral complect abolit, e în stare să-şi prepare şi să execute actul delictuos cu meticulozitatea şi abilitatea unei judecăţi normale. In forma a doua, judecata intervine şi înarmează voinţa, dând astfel bolnavului timpul necesar spre a se reculege.

Incapacitate civilă; iresponsabilitate sau responsabilitate penală atenuată.

5. Asociabilitatea

E şi ea o formă a monomaniei, de oarece e o stare psicho-patologică în care se notează aversiuni nejustificate şi explicabile numai printr'o specifică obnubilare a criteriului de judecată, în concepţiunea despre viaţa socială. După *Jacobsohn* (1928), asociabilitatea e o psichoză notată mai ales la indivizi cu o instrucţiune ori cu o cultură deosebită şi *ea exclude posibilitatea unui discernământ nealterat.*

6. Melancolia

In genere caracterizată prin idei delirante şi o tristeţe împinsă uneori până la stupoare, are mai multe forme clinice, dintre cari cele mai frecvente sunt:

a) **Melancolia fără delir:** judecata, mai mult sau mai puţin intactă, călăuzeşte pe bolnavul timid, abătut, chinuit de o teamă continuă (fără temei serios).

Capacitate civilă; responsabilitate penală.

b) **Melancolia anxioasă:** instalarea ideilor delirante în asociaţie cu o depresiune fizică şi morală de o intensitate variabilă. Un astfel de bolnav, stăpânit mereu de frică, se lasă obsedat de gândul sinuciderii şi sfârşeşte prin a-şi pune capăt zilelor într'un moment de cumplită desnădejde (convins că nimic nu mai poate schimba mersul destinului, în ce-l priveşte pe el şi pe ai săi); e capabil şi de crimă: îşi omoară soţia, îşi omoară şi copiii şi apoi se sinucide sau, impulsiunea încetând, nu mai are energia de a-şi face seama şi supravieţueşte.

Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.

c) **Melancolia cu stupoare,** caracterizată prin mutismul şi imobilitatea bolnavului, halucinaţii, iluzii senzoriale şi viscerale, e de fapt cea mai periculoasă dintre formele afecţiunii melancolice. Bolnavul, sub imperiul pantofobiei sau acela al terorilor de natură religioasă, are subit accese de furie cari se traduc prin loviri, omoruri, acte de distrugere. Uneori crima e precugetată, bolnavul (mai ales în ţările unde există pedeapsa cu moarte) urmărind ca prin fapta sa să fie osândit la moarte (*sinucidere indirectă*). S'au văzut şi cazuri de melancolie cu stupoare, în cari bolnavul, tot în nădejdea morţii, s'a acuzat singur de crime imaginare. — Originea melancoliei cu stupoare trebuie căutată într'o tară ereditară sau în efectul unei întâmplări care a turburat adânc psichicul, a obnubilat conştiinţa şi a slăbit voinţa.

Incapacitate civilă; iresponsabilitate.

Mustrarea de cuget poate şi ea provoca melancolia cu stupoare: delicventul, dându-şi seama de grozăvia faptei sale, comisă într'un moment de rătăcire, cade în această formă a melancoliei. *Incapacitate civilă*, dar *responsabilitate penală pentru actul origine a boalei.*

7. Delirul cu forme alterne — nebunia cu forma dublă (Baillarger) nebunia circulară (Falret)

In genere de natură ereditară, starea aceasta e caracterizată prin două perioade distincte: una de excitaţie maniacă şi alta de depresiune melancolică, ambele urmate de un interval de calm şi de judecată. Apoi ciclul se reinstalează.

In *perioada de excitaţie*, bolnavul e activ, plin de iniţiativă şi de entuziasm; funcţiunile organice sunt nestingherite (apetitul bun, digestiunea uşoară, somnul adânc şi întremător). Se notează adesea: porniri genezice, tendinţă instinctivă la acte de răutate, impulsiuni la furt şi chiar la omor.

In perioada de depresiune melancolică: din gălăgios, îndrăzneţ, încrezător, bolnavul devine tăcut, nehotărit, bănuitor; fuge de lume şi se concentrează în meditaţiuni sumbre; funcţiunile digestive lâncezesc (constipaţie, anorexie), respiraţia e încetinită, somnul agitat şi întrerupt de visuri obositoare.

Durata fiecărcia din aceste perioade e foarte variabilă: de 2—3 zile la unii, ea e de câteva luni sau chiar un an, la alţii. Durata acceselor şi modul de tranziţie sunt de o uniformitate constantă la acelaş individ.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate penală atenuată în cele două perioade; responsabilitate întreagă în perioada de calm, raţiune.

8. Status aggresivus reactivus

E o formă abortivă a reacţiunii depresive, notată îndeosebi la indivizi cari aparţin unui tip de tranziţie între constituţia epileptoidă şi una cicloidă. Se manifestă prin iritabilitate şi excitaţie, cari durează timp de luni de zile.

Capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată.

9. Debilitatea mintală

(Am descris-o la: „Responsabilitatea minorului", vol. II, pagina 137). *Capacitate civilă întreagă sau redusă* (după gradul afecţiunii); *responsabilitate penală.*

In cadrul debilităţii mintale intră şi uşurinţa: în momentul comiterei actului (delict sau contractarea unui angajament) individul are conştiinţa acţiunii. dar nu şi conştiinţa întreagă a consecinţelor.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate penală întreagă.

10. Nebunia morală (moral insanity)

E un produs al debilităţii mintale, care are ca efect direct o degenerare a simţului moral: mecanismul raţionamentului nu e prea zdruncinat, în schimp lipseşte frâul moderator al actelor caracterizate pedeoparte prin ciudăţenia lor, pe de alta prin laturea lor răutăcioasă. Cu obârşia într'un defect congenital de organizaţie a creerului. nebunia morală se trădează prin aceea că individul e incapabil de a avea concepţiunea despre ceeace este cu adevărat cinstit şi drept. Nebunul moral (caracterizat prin: absenţa sentimentelor afective faţă de părinţi, fraţi şi rude; absenţa sentimentului de milă, onoare, ruşine, căinţă; insensibilitatea la dojană şi pedeapsă; isbucnirea violentă a mâniei; cruzimea faţă de animale şi de oameni) îngroaşă cu o varietate de tipuri cadrele cohortelor delictului şi ale crimei. Grandoman. juisor, nebunul moral nu cruţă nici un mijloc spre a-şi satisface pornirea: curagios, devine hoţ de buzunare, spărgător, tâlhar; laş, trândav şi ajutat de puterea imaginativă şi de talent la scris, îşi va alege un câmp de activitate fără riscuri fizice — escrocheria, plastografia; pradă a instinctului genital, îşi va face o îndeletnicire din atentatul la pudoare

Unii psichiatri. prin analogie, zic nebuniei morale *idioţia morală; moral insanity* e, în ce priveşte conştiinţa morală, ceeace sub raportul facultăţilor intelectuale, e idioţia propriu-zisă: idioţiei ii lipseşte călăuza conştiinţei, idioţiei morale îi lipseşte lumina conştiinţei.

Incapacitatea civilă; responsabilitatea penală, pentrucă nebunia morală nu e susceptibilă de amendare, chiar cu o cură medicală cât de intensă şi de prelungită.

11. Imbecilitatea

(Vezi: „Responsabilitatea minorului", vol. II, pag. 137). Incapabil de o judecată sistematizată, uşor accesibil sugestiunilor străine, imbecilul. pradă a unor porniri josnice şi a unor instincte brutale, nu are conştiinţa actului delictuos (furt, atentat la pudoare, lovire, omor, incendiu) comis fie dintr'un motiv pueril. fie din îndemnul altuia. De multe ori delictul, prin însuş caracterul lui inofensiv, poartă pecetea inconştienţei copilăroase. — *Nici capacitate civilă, nici responsabilitate penală.*

12. Idioția

(Vezi: „Responsabilitatea minorului", vol. II. pag. 138). Neavând nici chiar instinctul conservării, *idiotul e absolut incapabil și complect iresponsabil*.

13. Cretinismul

E o formă a idioției, caracterizată prin vicii de conformație fizică: craniu voluminos, deformat; fruntea boselată; deobiceiu o depresiune transversală deasupra arcadei sprincenare; fața încrețită și galbenă; pleoapele îngroșate, ochii adânciți în orbite, pometele proeminente; din gura deschisă se scurge salivă vâscoasă. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

Sunt trei varietăți:

a) *Cretinoșii*, din punctul de vedere al facultăților intelectuale, pot fi clasați în primul grad al imbecilității.

b) *Semi-cretinii* sunt complect lipsiți de inteligență și cu greu pot fi înțeleși când vorbesc.

c) *Cretinii complecți:* total lipsiți de facultățile intelectuale, deci și de vorbirea articulată, iar sub raportul malformațiunii fizice reprezintă cel mai înalt grad de degenerescență cretinoasă.

14. Afazia

Pierdere complectă sau incomplectă a uzului vorbirii articulate, afazia e condiționată de o leziune sau turburare funcțională gravă a celei de a treia circomvoluțiuni frontale, sau de o leziune a zonei lui Wernicke (circomvoluțiunile temporale din stânga — *P. Marie*).

Congenitală la idioți și surdo-muți. *Dobândită*, afazia poate fi consecutivă bolilor infecțioase acute (febra tifoidă, scarlatina, pojarul, variola, difteria, tusea măgărească, malaria, uneori și pneumonia) și atunci e temporară. Atunci când e datorită unei leziuni cerebrale (placă de meningită, abces sau tumoare a creerului, scleroză cerebrală, traumatism al capului, fractură a oaselor craniului), afazia e durabilă și e însoțită de o hemiplegie dreaptă.

Se disting două forme mai frecvente:

a) *Afazia motrice:* uzul vorbirii complect sau incomplect abolit, iar mâna dreaptă paralizată. In forma *complectă*, bolnavul înțelege ce i se spune și poate răspunde în scris (cu mâna stângă), prin semne cu mâna sau cu capul, prin mimică. *(Capacitate civilă; responsabilitate penală).* In cazuri mai grave, afazicul a pierdut pe de o parte facultatea de a citi *(alexie)* și de a scrie *(agrafie)*, iar pe de alta și aceea de a-și exprima gândul prin gesturi *(apraxie)* ori mimică. *Incapacitate civilă; iresponsabilitatea penală.*

In *afazia incomplectă* bolnavul se exprimă cu greutate (cuvinte mai mult sau mai puțin deformate, ori cuvinte improprii). *Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar), responsabilitate atenuată.* Unii au particularitatea identificată de Buchwald sub numele de *scrisul în oglindă* (scrisul răsturnat al hemiplegicilor, care nu poate fi descifrat decât citindu-l prin transparență ori în fața unei oglinzi).

b) *Afazia sensorială* e caracterizată prin *surditatea verbală* (imposibilitatea înțelegerii limbajului articulat), iar când bolnavul se exprimă (cu greutate), vorbirea e marcată prin: 1) *parafazie* (întrebuințarea unui cuvânt în locul altuia, schimbarea unei litere; complecta deformare a cuvântului că e imposibil de a i se prinde sensul); 2) *parafrazie* (crearea de cuvinte ciudate pentru reprezentările neobicinuite bolnavului); 3) *paralexie* (deformarea cuvintelor citite); 4) *paragrafie* (deformarea cuvintelor scrise); 5) *parafazie choreatică* (înșiruirea repede de cuvinte fără nici un înțeles). — *Incapacitate civilă; responsabilitate atenuată.*

Afazia poate fi și simulată. *Coppola* — 1928 citează un caz interesant: un individ care, profitând de o asemănare fizică isbitoare și de dispariția fără urmă a persoanei căreia se substituia — un profesor eminent dublat cu un eminent poliglot — s'a înființat într'o bună zi în orașul în care acesta profesase și, prin scris, a isbutit să convingă pe însăși familia dispărutului că el e cel absent. Or, individul nu era capabil să articuleze în scris nici un cuvânt din diversele limbi vorbite de poliglotul absent — și *Coppola* a demonstrat că afazia nu distruge complect memoria limbilor streine, câtă vreme mai e conservată întrucâtva aceea a limbii materne.

15. Surdi-mutitatea

Poate fi congenitală sau dobândită.

Congenitală, boala nu exclude întotdeauna o oarecare desvoltare a facultăților intelectuale printr'o instrucțiune apropriată, deci și existența într'un grad mai mare sau mai mic a discernământului. Atunci însă când e însoțită de imbecilitate ori idioție congenitală, surdi-mutitatea exclude și posibilitatea desvoltării inteligenței și deci și existența discernământului.

In surdi-mutitatea *dobândită* se deosebesc două tipuri, după vârsta la care s'a instalat infirmitatea: 1) la o vârstă fragedă, surdi-mutitatea poate fi asemănată cu o debilitate mintală, capabilă de a se amenda prin instrucțiune; 2) la o vârstă mai înaintată și atunci când n'a preexistat vreo scădere intelectuală, surdi-mutitatea nu exclude discernământul, deci nici responsabilitatea.

Urmează dar că, pe baza informațiunilor anamnezice, expertul va examina surdi-mutitatea în lumina diverselor forme sub cari se prezintă. *Incapacitate civilă și iresponsabilitate penală pentru surdo-mutul imbecil sau idiot,* pe care *Ayrault* îl compară cu un nebun sau cu un patruped. *Incapacitate redusă (consiliu ju-*

diciar) și responsabilitate atenuată pentru surdo-mutul neinstruit. Capacitate civilă și responsabilitate deplină pentru surdi-mutitatea dobândită la o vârstă mai înaintată și cu absența oricărei scăderi a rațiunii.

16. Orbirea

a) *Congenitală și întovărășită de scăderi intelectuale:* incapacitatea civilă și iresponsabilitate penală.—Cu facultățile intelectuale desvoltate grație unei instrucțiuni speciale, orbul din naștere se bucură de *o capacitate civilă (redusă) și e susceptibil de o responsabilitate atenuată.*

b) *Dobândită* și fără preexistența unei tare intelectuale: *consiliu judiciar și responsabilitate penală atenuată sau chiar complectă* (după împrejurare).

17. Afectele patologice

a) *Mânia* (nebunia fulgerătoare cum o numește *Clar),* la un temperament ușor excitabil (impulsiunea explicându-se fie printr,o zdruncinare a sistemului nervos, consecutivă unei boli grave sau unui traumatism al capului, fie prin influența unui factor extern) poate întuneca discernământul.

Dacă mânia se prezintă ca un afect cronic: *capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar); responsabilitate atenuată;* afect acut: *incapacitate civilă pentru dispozițiunile luate sau obligațiunile contractate în timpul mâniei* și *responsabilitate penală (după aprecierea judecătorilor:* O decizie din 11 Februarie 1908 a Curții de Casație. S. II consideră surescitarea ca o posibilitate de suprimare a responsabilității, prin aplicarea *art. 57 C. P.).*

b) *Pasiunea amoroasă* (pe care *Platon* o consideră ca una din manifestațiunile nebuniei, iar despre care *Menochius* scrie că „e mai puternică decât focul") poate, după gradul ei de intensitate, să justifice o atenuare sau chiar o complectă înlăturare a responsabilității. (O ușurare a pedepsei o găsim și în Pravila lui Matei-Basarab, care asemuește amorul cu beția și cu nebunia). Atunci când patima amoroasă se deslănțue cu impetuozitatea unei forțe elementare („instinctul feroce al gorilului primitiv" — *Berner),* avem un caz caracterizat de nebunie subită și deci: *incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

c) *Spaima, desperarea* pot, după circumstanțe (raportul între intensitatea afectului și actul incriminat) să întunece discernământul sau chiar să-l suprime: *incapacitate civilă; responsabilitate atenuată sau iresponsabilitate.*

d) *Rușinea, groaza de urmările unei greșeli,* în anumite condițiuni (aprecierea stării sufletești și a circumstanței de fapt) pot *atenua responsabilitatea.* Dar *nu se poate considera valid un act civil săvârşit sub imperiul acestor afecte.*

18. Obsesiunea morbidă

(*„Nenorocitul e stăpânit de o idee, o idee exclusivă de care nu se poate desbăra, aşa precum alienatul nu se poate desbăra de ideea lui fixă". — Esquirol: „Monomania omucidă").* — *Caracteristica* esenţială a obsesiunii morbide e că, deşi anihilează voinţa individului, nu-i suprimă însă conştiinţa morală. (1. O femee, pradă a obsesiunii omucide, se simţea mânată la uciderea celor patru copii ai ei pe cari îi adora; dar conştientă de grozăvia crimei ce avea să săvârşească, îşi pregătise o otravă puternică pentru ea însăş. 2. O altă femee, ca să nu ucidă, se roagă să i se pună cămaşa de forţă. 3. Unul, ca să nu se ducă să-şi omoare mama, se spânzură). Obsesiunea morbidă o găsim şi în manifestările instinctului genital, cu toate formele de aberaţiune ale acestuia (masoşism, sadism, bestialitate, homosexualitate, etc.), cari duc la atentate la pudoare sau la ultraj public contra pudoarei.

Observată şi studiată pentru intâia oară de Felix Plater. în 1614 (1. o femee stăpânită de gândul de a-şi înjunghia în somn soţul pe care totuş îl adora; 2. o tânără femee urmărită de gândul de a-şi omori copilul pe care-l alăpta şi care. pentru dânsa, însemna întruchiparea celor mai scumpe năzuinţe ale vieţii). obsesiunea morbidă a făcut în urma obiectul cercetărilor lui Muller (1644—1683), creând o formă specială a melancoliei — *melancolia sine delirio.* In *mania fără delir* a lui *Pinel* (1755—1826) găsim origina concepţiunilor moderne despre omorul la alienaţi.

Matthey (1779—1842), sub numele de *patomanie,* a caracterizat genul special al *nebuniilor cu conştiinţă,* furie fără delir cu două varietăţi: 1) *tigridomania* -- mania de a omori fără motiv (mania lupină a celor vechi); 2) *nebunia raţionată.* a cărei furie se exercită numai asupra lucrurilor neinsufleţite.

Cu *Esquirol* tigrido-mania devine *monomania omucidă* cu două *forme:* 1) cu halucinaţii (delir parţial); 2) fără nici o alterare apreciabilă a inteligenţei sau a afectelor, individul, sub imperiul obsesiunii, e mânat de un instinct sălbatec care-l împinge să omoare.

Morel a creat tipul *delirului emotiv.*

Magnan, studiind obsesiunea morbidă la toate vârstele şi sub toate formele ei, distinge următoarele clase.

1. **Obsesiunea morbidă a omorului** (vezi exemplele de mai sus).

2. **Obsesiunea morbidă a furtului**, cu două varietăţi: *cleptomania* şi *cleptofobia* (individul e obsedat de gândul că, fără să vrea şi fără să ştie, va fi furat ceva: îşi întoarce buzunarele, răscoleşte casa, se duce chiar să întrebe pe pretinsa victimă, ca să aibă siguranţa că n'a comis furtul; ajunge să se uite la un obiect, ca să-şi închipue că l-a băgat în buzunar).

3. **Obsesiunea morbidă a focului**, cu două varietăţi: *piromania* (dare de foc) şi *pirofobia* (teama perpetuă de foc). Un magistrat, pe lângă multe alte sindroame, avea o adevărată teroare a focului: nu dormia cu nopţile, rătăcind în toată casa, dela un etaj la celalt, spre a supraveghia sobele *în cari nu făcuse foc* şi locul unde arunca un muc de ţigară sau un chibrit *pe cari*

apusese grija să le stingă. — O femee, de teama focului, n'a aprins lumina în viaţa ei.

4. Obsesiunea morbidă sexuală. — Se disting următoarele varietăţi:

a) *Spinalii*, reduşi la reflexul simplu, cu domeniul limitat la măduva spinării, la centrul genito-spinal al lui *Budge* (priapism, orgasm genital sau, din contră, fenomene inhibitorii). Desechilibratul e conştient de meteahna lui, suferă şi nu se dedă la nici un act nesocotit. (Cât despre *idiotul*, cu totul inconştient şi care se masturbează în public, el trebuie numai supraveghiat).

b) *Spinalii cerebro-posteriori* — reflexul pleacă dela scoarţa cerebrală posterioară, spre a ajunge la măduva spinării. Numai vederea, imaginea unui idiot de sex opus, indiferent de calităţile lui fizice (frumos sau urit, tânăr sau bătrân) îi provoacă orgasmul veneric. E actul instinctiv pur brutal (bărbat sau femee).

c) *Spinalii cerebo-anteriori* (punctul de plecare al reflexului in scoarţa cerebrală anterioară). Intâiu, intervine o influenţă psichică (întocmai ca în starea normală: O femee de 29 ani are o înclinare de neinvins pentru un copil de 3 ani — înclinare care'i făcea viaţa insuportabilă. Această femee, de 8 ani simte nevoia irezistibilă de a coabita cu unul din nepoţii ei. Are 5 nepoţi dintre cari cel mai mare e de 13 ani. Acesta a fost obiectul primelor ei dorinţi: vederea lui o aducea intr'o stare de excitare extremă, avea sensaţii voluptoase cu neputinţă de reprimat, — sensaţiuni însoţite de suspine, de înclinări ale capului, de deviaţiuni ale ochilor, de îmbujorarea feţei, uneori chiar spasmuri şi secreţiune vaginală. La naşterea primului frate al copilului, s'a îndrăgostit de acesta, apoi de al doilea, de al treilea şi în cele din urmă de ultimul — de copilul de 3 ani. Se simte împinsă să-l tragă spre ea.

d) Cerebralii anteriori sau psichici: măduva spinării, creerul posterior sunt inactivi, impresiunea işi are sediul în plină regiune frontală, în domeniul ideaţiunii. E dragostea fără dorinţi venerice, e dragostea platonicilor, a estaticilor, a erotomanilor puritani: se mărginesc să urmărească pe obiectul patimii lor curate, să-i aţină calea fără însă a-l atinge, să-l plictisească scriindu-i ori telefonându-i.

Cronică, obsesiunea-impulsiune se explică printr'o tară congenitală (epilepsia, mania, imbecilitatea, hebefrenia, demenţa precoce) sau printr'o afecţiune dobândită (demenţa paralitică, demenţa senilă).

(Un caz interesant de obsesiune a furtului — cleptomanie: Femee psichopată, în vârstă de 46 ani. La 8 ani a furat bani de acasă. Menstruaţia i-a venit abea la 19 ani, iar la 40 s'a instalat menopausa. Stări de anxietate, ameţeli, obsesiune-impulsiune: de trei ori măritată şi, deşi era un temperament frigid, a avut raporturi adulterine. Cleptomană inveterată. Conştientă de starea ei, încearcă in repetate rânduri să se sinucidă. Stigmat somatic: sistem pilos masculin. — *Marcuse, 1928*).

Acută, obsesiunea — impulsiune e o isbucnire sporadică, sub imperiul intoxicaţiei alcoolice, al unei puternice zguduiri sufleteşti, al exasperării, al groazei şi al desnădejdii. Ea mai poate isbucni sub impresia unei întâmplări sensaţionale: obsedatul se crede chemat să răzbune o nedreptate strigătoare, o crimă.

In obsesiunea cronică: *incapacitate civilă; iresponsabilitate* *penală.* — In obsesiunea acută: *nulitatea actului civil; responsabilitatea atenuată sau chiar iresponsabilitate* (în caz când există o predispoziţie morbidă pentru abolirea temporară a facultăţii discernământului).

19. Somnambulismul natural

Bolnavul, la baza activităţii mintale a căruia găsim mai de grabă impresiuni lăsate de lucruri reale decât creaţiuni ale închipuirii, săvârşeşte totuş lucruri cari uneori uimesc prin caracterul lor fantastic şi prin preciziunea execuţiei (graţie pe de o parte unei extreme exaltaţiuni a memoriei şi a imaginaţiei, iar pe de alta unei extraordinare hiperestezii a tuturor simţurilor şi în deosebi acela al pipăitului). Surescitarea nervoasă ia adesea caracterul unei adevărate stări patologice, in care se pot deosebi simptomele histeriei, hipochondriei, catalepsiei, etc.

De regulă somnambulul uită ce a făcut în timpul somnului, amnezie pe care Maurey o explică prin concentrarea întregii activităţi a unei anumite regiuni cerebrale asupra actului în curs de execuţiune, iar odată accesul trecut, regiunea cerebrală rămâne complect istovită, incapabilă să reproducă o cât de ştearsă reprezentare despre ceeace s'a petrecut.

In starea aceasta de semi-inconştienţă şi cu voinţa înlănţuită, somnambulul poate comite acte nesocotite şi în ce priveşte propria persoană, delicte şi crime. *Incapacitate civilă* şi *iresponsabilitate,* atunci când se face dovada că nu ne aflăm în faţa unui caz de abilă simulare.

20. Somnambulismul alcoolic

Observat la degeneraţi, la indivizi cu antecedente psichopatice, ereditare, e o stare asemănătoare somnambulismului natural, dar provocată de intoxicaţia alcoolică. Individul lucrează în aparenţă normal, dar în realitate în chip inconştient; întocmai ca în somnambulismul natural, există caracteristica amneziei complecte. *Incapacitatea civilă; iresponsabilitatea penală* numai atunci când îmbătarea n'a fost voluntară.

21. Hipnoza sau somnambulismul artificial provocat

Magnetismul animal, mesmerismul — după numele învăţatului *(Mesmer)* care, la 1778, a identificat cel dintâiu această psichoză particulară caracterizată printr'o sporire a sugestibilităţii. Dar de aci nu urmează că hipnotizatul e sclavul necondiţionat al voinţei hipnotizatorului, pentrucă experienţele au demonstrat că medium-ul nu o dată reacţionează împotriva unor sugestii contrarii simţului său moral sau concepţiunilor sale estetice. Şi chiar dacă se'ntâmplă ca hipnotizatul să asculte orbeşte de sugestia ce i se face, odată treaz şi din nou readormit poate, sub influenţa unei alte sugestii, să denunţe pe autorul primei sugestii (în materie de obligaţiuni civile, de dispoziţiuni, ori în materie de delict, crimă).

Un caz recent, în care se învederează că hipnoza nu e întotdeauna desăvârşită şi deci nu suprimă complect memoria hipnotizatului: Spre a simula sinuciderea soţului, femeea adulteră, în complicitate cu amantul ei, îl adoarme pe cel dintâiu şi-l face să se aşeze pe un scaun înalt, deasupra căruia, la nivelul gâtului, atârnă laţul unei frânghii prinse de un cârlig bătut în perete; îi trece hipnotizatului gâtul prin laţ şi apoi trage scaunul de sub el. Tentativa nu reuşeşte; victima, care-şi dăduse seama de ce se petrecuse, denunţă pe criminali. — *Friedmann, 1928.*

Şi când nu e simulată, hipnoza nu anulează actele civile şi nu înlătură responsabilitatea penală.

22. Somnolenţa

E starea omului care nu e nici treaz după ce a dormit, nici adormit după ce cu puţin mai înainte a fost treaz. Se observă după o mare oboseală, după insomnie, consecutivă intoxicaţiei alcoolice ori cu ocazia unei mari depresiuni sufleteşti. Sub influenţa unor reprezintări creaţiune a unei stări vecine cu visarea, trezit brusc, cu conştiinţa turburată ca într'una din formele delirante, individul poate, cu semne manifeste de frică şi de groază, să comită violenţe asupra persoanelor din preajma lui. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

23. Iluzia

Condiţionată de o excitaţie a simţurilor, iluzia e produsul receptării vicioase a unei impresiuni reale — *iluzia senzorială.* Atunci când impresia e normal receptată şi numai fals interpretată, avem varietatea *iluziei mintale.* Şi una şi alta din aceste două forme creează stări patologice în cari individul e lipsit de discernământ (semnează angajamente ruinătoare, ia dispoziţiuni extravagante, se mutilează, se sinucide, distruge obiectele neînsufleţite, dă foc, loveşte, omoară).

Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.

Iluziile senzoriale interesează toate simţurile:

a) **Iluzia vizuală:** denaturarea formei volumului, culorii, fiinţelor vii şi lucrurilor neînsufleţite.

b) **Iluzia auditivă:** Interpretarea vicioasă a oricărui fel de sgomot sau sunet (cuvinte rostite, cântec, zgomot de paşi, uruitul unei trăsuri, o bătae in uşă, o lovitură cu bastonul sau cu ciocanul, un scârţâit, etc.).

c) **Iluzia olfactivă:** perceperea vicioasă a mirosului adevărat.

d) **Iluzia gustului:** alimentele savuroase par infecte, iar acestea din urmă par delicioase (în această aberaţiune sensoriala se găsesc indivizi cari se delectează cu fecalele proprii sau ale altora — *coprofagie*). In asociaţie cu iluzia vizuală, bolnavul respinge alimentele sub cuvânt că i se dă de mâncare pucioasă, fosfor, arsenic, foc, etc.

e) **Iluzia tactilă:** senzaţia falsă a atingerii unui şarpe, unui vierme, unei broaşte, etc., când în realitate atinge mâna unei persoane sau un obiect neînsufleţit.

f) **Iluzia produs al detracării sensibilităţii:** uşor atins, bolnavul se plânge că e ciupit, înţepat, lovit, că e victima unui atentat pederastic; stropit din greşală, ţipă că e opărit sau din contră, că se toarnă peste el apă răcită cu ghiaţă, că e electrizat; uşor înţepat, strigă că e disecat de viu, etc.

g) **Iluzii viscerale:** dureri exagerate în vreunul din organele cavităţilor splanchnice.

24. Halucinaţiile.

In deosebire de iluzii ele nu au la bază nici o impresie actuală, ci sunt un produs pur al închipuirii, mai just al unor reminiscenţe — ceeace explică faptul ciudat al halucinaţiilor unui simţ accidental pierdut. Halucinatul vede fiinţe, lucruri şi situaţiuni fantastice; aude glasuri şi sgomote ireale; simte mirosuri plăcute ori neplăcute; are gustul unor alimente sau băuturi ce nu consumă: pipăe fiinţe şi lucruri închipuite; are dureri imaginare. — Sursă a ideilor delirante şi a falselor raţionamente (cu acte nesocotite şi delictuoase) în alienaţia mintală, halucinaţiile nu sunt însă întotdeauna un semn cert al nebuniei, pentrucă numeroase observaţiuni arată că ele nu exclud o funcţionare regulată a inteligenţei, iar în luciditatea propriei sale raţiuni halucinatul găseşte puterea de a se desmetici şi a nu ceda auto-sugestiunii.

a) **Halucinaţiile vizuale sau viziunile** se notează îndeosebi în delirurile toxice, acute sau febrile, şi imediat după accidentele epileptice. Extaticul religios vede, pe pământ sau în cer, pe Isus Christos, pe Sfânta Fecioară, îngeri, ori în iad demonii; hipochondriacul se vede sub ameninţarea unei morţi violente: alcoolizatul, în prada unui delir de persecuţie, se vede ameninţat în persoana sa şi în aceea a familiei sale. Atât hipochodriacul cât şi alcoolizatul, alienatul în genere, deşi nu s'au mişcat din loc, se văd transportaţi în alt ţinut, pe tărâmuri cu totul necunoscute.

O varietate a halucinaţiunilor vizuale sunt **halucinaţiile liliputiene** (îndeosebi studiate de *Merigot de Treigny* — 1926): apariţia, în câmpul vizual al bolnavului, a unor indivizi de talie foarte mică (25—30 cm.), de ambele sexe, odată cu animale sau obiecte de o mărime proporţionată taliei acestora. In genere colorate, viziunile acestea halucinatorii sunt mobile şi procură bolnavului o senzaţie plăcută. Halucinaţiile liliputiene se notează în: febra tifoidă, erisipel, pneumonie, holeră, alcoolism, eterism, cocainism, precum şi în auto-intoxicaţii (albuminurie, arterio-scleroză, etc.).

b) **Halucinaţile auditive:** pot fi izolate sau asociate cu halucinaţiile celorlalte simţuri. Cea mai frecventă creaţiune a halucinaţiei auditive sunt glasurile supranaturale venite din cer, tavan, pod, pivniţă, dulap, cufăr; dintr'un apartament vecin. Apoi, sgomote imaginare: sunetul clopotelor, urletul vântului, detunături de armă, galopul cailor, trântirea uşilor, bubuitul tunetului, deslănțuirea talazurilor, zăngănit de lanțuri, râsete, gemete. Halucinatul aude și glasuri venite din propriul lui cap sau din epigastru. Unii aud însăș gândirea unei persoane absente sau imaginare, întrețin conversații cu glasurile — conversații dela suflet la suflet: *halucinațiile psihice* descrise de *Baillarger*.

c) **Halucinația olfactivă:** inexistente mirosuri plăcute sau infecte.

d) **Halucinația gustului:** închipuirea că mănâncă bucate stricate, otrăvite, că bea băuturi delicioase sau lichide infecte, otrăvite.

e) **Halucinația tactilă:** sensația imaginară a unei asperități, a unei înțepături, tăituri; bolnavul își arată trupul „numai o rană" — în realitate fără cea mai ușoară sgârietură.

Susceptibil, în starea de inconștiență în care se află, de a contracta obligațiuni, de a acorda o răsplată pentru înlăturarea dușmanului închipuit, ori de a comite un atentat la vieața proprie ori a altor persoane, de a da foc unei case spre a arde de viu pe inamic, ori a alunga pe diavolul, — *halucinatul e lovit de incapacitate civilă și beneficiază de iresponsabilitate penală.*

25. Chorea

Se prezintă cu următoarele varietăți: *chorea dimidiată* — interesând numai o jumătate a corpului; *chorea electrică* — convulsiuni fulgerătoare, o myoclonie atipică; *chorea hereditaria chronica* — apare la vârsta matură și e considerată ca incurabilă; *chorea major* — cu grave fenomene histerice și epileptice și cu mișcări săltărețe; *chorea minor* — nevroză caracterizată prin contracțiuni coordonate dar involuntare ale mușchilor, în timpul repausului; *chorea paralitică* — infirmități ale motilității; *chorea malleatoria* — mișcări ritmice ca acelea ale lovirii ciocanului pe nicovală. Sub raportul facultăților mintale chorea are patru elemente *morbide:*

a) *Modificări ale caracterului:* bolnavul devine iritabil, bizar, ba e vesel, ba e trist.

b) *Slăbirea memoriei,* o mare mobilitate în idei, imposibilitatea fixării atenției.

c) *Halucinațiuni* cari apar deobiceiu seara, în timpul somnolenței, mai rar dimineața, la trezire, și interesează mai toate simțurile.

d) Chiar dela instalarea ei sau în cursul bolii, se poate nota *o complicație de delir maniac, cu foarte grave accidente ataxice;* dacă nu survine moartea, rămân turburări intelectuale de o durată variabilă.

După caz, *incapacitate civilă, responsabilitate atenuată sau iresponsabilitate.*

26. Histeria

Deși de regulă nu e o manifestare morbidă independentă, ci însoțită de alte fenomene psichopate, are totuș următoarea formulă simptomatologică: sugestibilitatea spontană, tendinţă la crearea de auto-sugestii intense şi durabile, carater capricios, supraescitare a funcţiunilor sensoriale (până la iluzie şi halucinaţie), tendinţa de a da unor turburări sufleteşti caracterul unor fenomene morbide trupeşti. Starea aceasta e un teren prielnic unei îmbelşugate culturi de reprezentaţiuni exagerate sau chiar ireale, de falsificare a amintirilor, de simpatii şi antipatii nemotivate: de obnubilare temporară a discernământului, de imitaţiuni de turburări mintale de altă natură; de prostraţie particulară histeriei (stare descrisă de *Ganser*) în care histericul dă răspunsuri stupide la cele mai simple întrebări, deşi e evident c'a înţeles sensul chestiunii.

In forma ei gravă — *nebunia histerică* — boala e foarte periculoasă atât pentru individul însuş cât şi pentru alţii. Generatoare a tuturor actelor delictuoase înscrise şi neînscrise în legea penală, histeria posedă facultatea cu adevărat demenică de a imprima pecetea adevărului tangibil celei mai grosiere şi vindicative minciuni.

Cu excepţia nebuniei isterice, o adevărată alienaţie mintală care exclude capacitatea civilă şi responsabilitatea penală, *toate celelalte forme ale histeriei* (caracterizate numai prin intensitatea variabilă a facultăţilor afective), *în cari raţiunea rămâne cu totul sau aproape intactă, admit şi capacitatea civilă (uneori redusă) şi responsabilitatea penală.* (Responsabilitate atenuată numai pentru forma vecină cu nebunia histerică, fără însă a avea ca efect complecta obnubilare a conştiinţei).

27. Epilepsia

Boală cerebrală endogenă cronică, in care (din cauze încă nedeterminate) se instalează turburări spasmodice, psichice.

In *epilepsia esenţială* se găsesc, ca tare ereditare: spasmuri, migrenă, psichoze, nevroze, pareze (în deosebi paralizii cerebrale), alcoolism. Atunci când, în locul atacului epileptic tipic, se notează turburări corporale şi psichice (erupţiuni transpiratorii, nevralgii trigeminale, accese de migrenă, absenţe, halucinaţiuni, delir, obnubilări, impulsiuni instinctuale, dipsomanie, poriomanie, diaree), avem ceeace se numeşte *echivalenţi epileptici* sau *stări epileptoide*. Spasmuri epileptiforme se notează şi în unele boli cerebrale, în traumatisme craniene, în intoxicaţiuni, în uremie.

Pentru identificarea epilepsiei esenţiale, *Milian* (1928) indică şi următorul semn somatic: în criza comiţială apare, pe gât şi pe piept, un picheteu hemoragic care persistă timp de câteva zile (picheteul e în legătură cu o violentă congestie a capului şi a jumătăţii superioare a trunchiului).

Deoarece, ca şi în histerie, se observă şi în epilepsie fenomene de delir cu obnubilarea temporară a discernământului, diagnosticul diferenţial e în genere bazat pe accesele convulsive; în absenţa acestora din urmă, epilepsia se identifică după caracterele specifice diverselor ei forme.

a) **Epilepsia minor** (**mitior, abortiva**) e un acces epileptic cu o turburare de scurtă durată a conştiinţei (leşin, ameţeală), cu spasm nu prea pronunţat sau inexistent, în schimb, turburări sensoriale şi echivalenţi epileptici (indicaţi mai sus).

In *epilepsia minor* putem înregistra şi particularităţi locomotrice: mişcări înainte -- *epilepsia procursiva*; mişcări retrograde — *epilepsia retrocursiva*; mişcări în cerc — *epilepsia rotatoria*.

b) **Epilepsia major** (**gravior**) caracterizată prin atacul convulsiv clasic. După o *aura* scurtă (nelinişte, vertij, percepţiuni sensoriale viciate), cădere (ţipăt, răniri), tensiune musculară tonică, convulsiuni clonice, cianoză, pierderea cunoştinţei, dilatarea şi fixitatea pupilelor, muşcătura limbii, spumă la gură, apoi stadiu soporos subsequent şi amnezia după trezire.

c) **Epilepsia partialis** numită şi **Epilepsia jacksoniană**: convulsiuni tonico-clonice (localizate într'un grup muscular sau o jumătate a corpului), condiţionate de existenţa unui focar morbid în regiunea motrice a scoarţei encefalului. (*Sindromul jacksonian*: hemiplegia limbii şi a vălului palatului, cu paralizia nervului recurent respectiv).

d) **Epilepsia retinae**: starea epileptoidă astfel numită de Jackson, caracterizată printr'o orbire trecătoare, care însă, după cum s'a constatat ulterior, nu are nici o legătură cu retina, ci e datorită unor turburări funcţionale ale creerului.

e) **Epilepsia spinalis**, identificată de Brown-Séquard: o iritabilitate reflexă anormală a musculaturii membrelor inferioare (în mielită, în paralizia spinală spasmodică); la cele mai neînsemnate mişcări pasive ale picioarelor sau la o uşoară atingere a pielei acestora, se produc mişcări convulsive ale picioarelor sau chiar ale întregului corp.

f) **Epilepsia traumatică**: convulsiuni epileptiforme, al căror focar se găseşte într'o regiune traumatizată a corpului.

g) **Epilepsia vasomotoria** care e caracterizată prin fenomene convulsive vasomotorice.

h) **Epilepsia «marmottante»**: bolnavul mişcă într'una buzele, rostind cu glas încet vorbe mai mult fără fir.

i) **Epilepsia larvata**: e forma cea mai caracterizată a echivalenţilor epileptici. In simptomatologia incompletă a nevrozei (vertijul, atacul convulsiv se produc târziu după acces sau nu se notează de loc) nu găsim decât laturea intelectuală. Omul, cu aparenţă de sănătate trupească şi de integritate a raţiunii, prezintă subit anomalii intelectuale de o foarte mică durată, ciudăţenii de caracter, excentricităţi, violenţe de limbaj, impulsiuni, cu amnezia celor petrecute în timpul crizei.

j) **Epilepsia nocturnă** — *somnambulismul epileptic*: incontinenţa urinară (care, atunci când e intermitentă şi aproape periodică, are o deosebită valoare simptomatologică pentru diagnosticul nevrozei adultului), repetate căderi din pat, răniri altfel inexplicabile şi observate în momentul trezirii, muşcături ale limbii, echimoze subconjunctivale, puncte hemoragice la faţă, gât, semnul lui Bakinski (extensiunea şi, uneori, chiar flexiunea dorsală a degetelor dela picioare).

k) **Nebunia epileptică**: turburări mintale cari pot fi *trecătoare* (depresiune periodică, obnubilare, confuzie, delir, accese de furie, prostraţie) sau *durabile*, cari se instalează înainte sau după o convulsiune epileptică sau chiar în absenţa atacului, şi atunci turburările mintale iau forma unei debilităţi mintale a bolnavului.

După *Trochine*, identificată în 45—47 la 100 din cazurile de epilepsie esenţială examinate în spitale, *demenţa epileptică* se desvoltă încet: faza mecanică (slăbire psichică, docilitate cu toate veleităţile de iritabilitate) poate dura 5—6 ani; demenţa concentrică reclamă şi ea câţiva ani; demenţa automatică e în raport cu excesele, nu e lungă şi la capătul ei e moartea.

Expertul trebuie să ştie:

I. *Epilepsia modifică tendinţele anterioare* (caracterul, purtarea), însuşirile intelectuale, afective, imprimând pecetea egoismului, a suspiciunii, a iritabilităţii, a insubordonanţei ori a obsequiozităţii, a atitudinii provocătoare sau a laşităţii, a incoherenţei.

II. *Intoleranţă pentru alcool*, nevroza e trezită de acesta şi atunci, sub influenţa intoxicaţiei alcoolice, apar subit fenomene epileptice cu turburările mintale proprii (delir, accese de furie).

III. *Turburările mintale epileptice* se caracterizează prin instalarea lor subită, trezirea ca dintr'un vis (a cărui durată poate fi de ceasuri după cum, în cazuri mai rare, poate fi şi de zile, iar în cazuri excepţionale de săptămâni şi de luni) cu amnezia *complectă* în accesele de scurtă durată, şi *incomplectă* (memoria numai turburată, cu soluţiuni de continuitate) în accesele de durată mai lungă. Amnezia putând fi irealã, atunci când bănueşte simularea unui acces de epilepsie, expertul va confrunta declaraţiile ulterioare cu acele făcute imediat după trezire, spre a releva eventuale contradicţiuni.

IV. *In turburările mintale trecătoare ale nebuniei epileptice*, individul e capabil de acte de violenţă gravă, comise sub imperiul furiei ori al spaimei (atentat la pudoare, lovire, omor), iar în turburările durabile notăm mai frecvent: ultraj public contra pudoarei, dromomanie, pyromanie. Discernământul nu e complect obnubilat, iar memoria e relativ bine conservată. Epilepticul, în starea de turburare aproape permanent instalată, nu lucrează subit, ci meditează lung, îşi prepară lovitura.

V. *In epilepsie e caracteristic faptul că accesele se reproduc mai întotdeauna în forma primului atac*, ceeace constitue un preţios element de control, cu ajutorul anamnezei în ce priveşte accesele anterioare. Numai când avem aface cu *mania transitoria*, fenomenele epileptiforme se instalează pentru întâiaş dată şi atunci nu există posibilitatea diagnosticului prin comparaţie, sub raportul formulei simptomatologice.

VI. *Echivalenţa epileptică* e de admis atunci când există indicii patogenice: o boală gravă a creerului, un traumatism cranian anterior.

In epilepsia traumatică, numai dacă există şi o tară ereditară, simptomele sunt la fel cu acele ale epilepsiei esenţiale. In genere, in orice epilepsie consecutivă unui traumatism, numai rare ori se notează modificări psichice şi intelectuale.

VII. *In vertijul epileptic* individul, fără a fi un alienat, e predispus la accese de nebunie.

Nu odată suntem martori la un act civil, un delict, o crimă cu totul inexplicabile la un om considerat ca bucurându-se de integritatea facultăţilor sale mintale, — acţiune săvârşită cu o instantaneitate cu adevărat patalogică. Apoi, surprinde şi mobilul actului. Expertul trebue să ştie că, in diversele forme ale epilepsiei caracterizate printr'o alterare a discernământului, mobilul, inexistent inainte de acces, străfulgeră mintea turburată a bolnavului în cursul procesului psicho-nevrozei, iar un mobil preexistent e suprimat in intervalul lucid care precede atacului şi reapare în cursul acestuia.

Incapacitate civilă şi iresponsabilitate penală când bolnavul contractează o obligaţiune, ia o dispoziţiune ori comite o infracţiune (delict sau crimă) inexplicabile altfel decât sub imperiul complectei obnubilări a discernământului în timpul crizei.

Responsabilitate atenuată pentru actele comise cu puţin înainte sau imediat după atacul epileptic sau epileptiform.

Responsabilitate întreagă când, fără existenţa unor simptome accentuate ale cronicităţii bolii, cu conservarea intactă a raţiunii, individul săvârşeşte un delict ori o crimă.

28. Paranoia

Sminteala indicată de art. 435 c. c. ca un motiv de interdicţie judiciară, paranoia e o psichoză funcţională cronică, de regulă incurabilă. Atunci când e caracterizată prin idei halucinatorii primare, sistematizate, de nesdruncinat, avem *paranoia halucinatoria* iar când halucinaţiile lipsesc avem *paranoia simplex*. După *Kraeplin* paranoia e identificată numai la indivizi cu conştiinţa intactă şi cu ordine în sistemul de idei: după alţii *(Trochine)* — aceasta e şi părerea noastră — paranoia nu exclude şi o nuanţă mai pronunţată sau mai ştearsă de slăbiciune mintală: *dementia paranoides, parafrenia*. Atunci când psichoza e instalată încă din perioada prepubertară, avem *paranoia originaria* (identificată de *Sander)*.

Există şi *o formă acută a paranoiei* (a cărei durată nu e de obiceiu mai mare de trei luni), curabilă, dar nu e de identificat ca o afecţiune independentă, ci ca o parte integrantă din *amentia, catatonia, demenţa maniaco-depresivă*.

A. Paranoia fără demenţă caracterizată. — Cândirea paranoică e o modalitate a gândirii emoționale, adică o eroare patologică, împinsă uneori până la absurd, sub influența unei dorinți, a unei năzuințe. Dar o absurditate care frizează demența.

B. **Paranoia cu demență** (în descripția lui *Trochine*): fiece idee paranoidă reprezintă gândirea arhaică (ideațiunea strâmtă, egocentrică și empirică).

In genere, în paranoia, demența are o nuanță emoțională, nu se prezintă decât sub o formă parțială, se desvoltă încet, paralel cu însăș desvoltarea psichozei funcționale; niciodată, însă, chiar în faza de apogeu a paranoiei, turburarea mintală nu depășește hotarul demenței mecanice.

De aceea, îndeosebi în fazele incipiente ale *paranoiei cronice*, bolnavul e aproape complect stăpân pe facultățile sale intelectuale și capabil de o îndeletnicire activă și neîntreruptă. *Numai când psichoza e mult avansată, se accentuează demența mecanică, sub imperiul căreia bolnavul nu mai posedă intactă facultatea discernământului, care poate fi chiar cu totul obnubilat și atunci paranoicul constitue un pericol social.*

a) **Paranoicul procesiv.** — Tipul cel mai frecvent e acela al paranoicului care suferă de mania persecuției și, dela simpla insultă, poate să treacă la agresiuni și chiar atentate la viața presupusului său persecutor. In halucinația'i persistentă că e victima unei nedreptăți, bolnavul uneori, neputând lovi direct în imaginarul autor al inichității nu mai puțin închipuite, comite un delict de ultraj, lovește în altcineva, numai și numai spre a atrage atenția asupra persoanei sale și a putea astfel să denunțe tăgada de dreptate a cărei victimă se crede.

Cu o tenacitate uimitoare și pe care nici un eșec n'o frânge, paranoicul procesiv nu mai contenește cu plângerile în justiție ori către autoritățile administrative, consultă codurile, schimbă avocații mai des de cum și-ar primeni rufele de corp, aține calea judecătorilor, devine stâlp de pretoriu.

In egoismu'i feroce, sub imperiul ideii fixe că e ținta săgeților înveninate ale inamicilor săi și un obiect de batjocură al reprezentanților ordinii sociale, paranoicul procesiv se exaltează și, la rându'i, ajunge persecutor, dar de astă dată al unei victime reale, cu adevărat nevinovate. Tipul se complică astfel: *paranoicul persecutat-persecutor*.

Bolnavul, tocmai prin inegala desvoltare a aptitudinilor sale cerebrale, apare, în direcția ideilor lui halucinatorii, ca o inteligență sclipitoare, cu o memorie prodigioasă și cu o remarcabilă putere de elocuțiune; numai judecata scrintită îi trădează meteahna psihopată. Diagnosticul e foarte anevoios pentrucă forma în care bolnavul își expune și susține „cauza" de multe ori impresionează prin patos și detalii, mai ales că nici aserțiunile nu poartă pecetea unei absurdități prea evidente, nici ideile nu păcătuesc printr'o incoherență izbitoare și nici turburări senzoriale prea grosiere nu se observă. Un examen atent, însă descoperă nu numai ideea fixă, dar și tare ereditare și stigmate de degenerescență fizică proprii paranoicului procesiv.

Leacul indicat ar fi internarea temporară, dar efectul izolării nu e decât aparent: din calm, docil ce a fost în timpul izolării, paranoicul, de cum își recapătă libertatea, redevine procesiv, iar pornirea-i vindicativă își alege acum ca obiectiv pe magistraţii cari au pronunţat internarea şi pe medicul-legist care l-a examinat şi a conchis la necesitatea măsurii.

Interdicţia cu o internare prelungită e indicată atunci când simptomele paranoice au ca obârşie un traumatism al capului, arterio-scleroza incipientă, un atac de apoplexie, decrepitudinea fizică.

Se cunoaşte şi tipul *procesivului recidivist*, potolit după o internare mai mult sau mai puţin prelungită, e reapucat de manie de îndată ce i se pare că e din nou victima unei nedreptăţi închipuite.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar) şi responsabilitate atenuată în forma mai uşoară a psichozei funcţionale; *incapacitatea absolută şi iresponsabilitatea* în forma paroxistică a acestei demenţe mecanice.

b) Inofensiv aproape e paranoicul în forma pseudo-procesivului: acesta are drepturi de revendicat, nedreptăţi de reparat, dar nu se observă la el construcţia solidă a unui sistem halucinatoriu. *Capacitate civilă; responsabilitate penală.*

c) Paranoicul alcoolic suferă mai ales de halucinaţiuni de gelozie. — *Capacitatea civilă redusă; responsabilitate atenuată.*

29. Demenţa apoplectică

E o turburare mintală consecutivă atacului apoplectic şi sunt foarte rare cazurile în cari echilibrul, odată sdruncinat, să fie restabilit.

Falret deosebeşte 4 grade ale turburărilor de natură apoplectică.

I. O uşoară scădere în facultatea discernământului, o stare de iritabilitate; bolnavul e susceptibil de a se lăsa influenţat de o voinţă streină, deci pradă relativ uşoară a manoperelor de captaţiune. *Capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar); responsabilitate atenuată.*

II. In faza a doua, bolnavul e mai impresionabil, mai sensibil, iritabil, plânge pentru lucruri fără însemnătate; inteligenţa e mai puţin activă, iar în memorie se produc soluţiuni de continuitate. Greutate de exprimare, întrebuinţarea unui cuvânt impropriu în locul celui indicat. Voinţa aproape abolită. — *Incapacitate civilă; responsabilitate atenuată.*

III. In gradul al 3-lea, suprimarea memoriei şi abolirea raţiunii. Debilitatea mintală e extrem de pronunţată. Bolnavul, jucărie a halucinaţiilor terifiante, a viziunilor groasnice, prezintă când semne de agitaţie maniacă făţişă, când o formă specifică de melancolie anxioasă. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

IV. In faza a 4-a, demenţa e complectă şi absolută. Bolnavul nu mai e capabil să se exprime spre a putea fi înţeles (absenţa totală a ideilor şi a facultăţii de percepere), nu mai recunoaşte persoanele din imediatul lui anturaj. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate.*

Toate aceste simptome de desechilibru, specifice apoplecticilor, se intâlnesc la indivizii al căror creer a fost sediul unei congestiuni sanguine sau al unei hemoragii.

30. Paralizia progresivă

Pentru întâia oară identificată de *Bayle* (1822), ea e o alienație mintală datorită unor aderențe ale meningelor și unei alterațiuni inflamatorii cronice a substanței corticale. Ea e caracterizată prin: 1) slăbirea contracțiunii musculare, asociată cu tremurături fibrilare ale feței, limbii; 2) greutatea, incetineala și oarecare alterațiune a pronunțării; 3) ameteli; 4) încetul cu încetul picioarele se îndoaie, nemaiputând suporta greutatea corpului, diminuarea forței și agilității brațelor și a mânilor; 5) amorțirea sensibilității tactile și scăderea preciziunii funcționale a simțurilor speciale.

Boala se insinuează pe nesimțite și se poate prezinta sub diverse forme — asociate, succesive sau alternante *(paralizia circulară).*

Există și forme *atipice* cum sunt *paralizia tabetică* și *paralizia infantilă* (care se instalează între 9 și 15 ani).

Principalele varietăți sunt: a) *Paralizia dementă simplă* (idiotizare lentă cu desvoltarea simptomelor corporale); *b) paralizia expansivă, maniacă sau clasică* (a cărei caracteristică esențială e grandomania): *c) paralizia melancolică sau depresivă* (cu idei de persecuție melancolice, hipochondriace); *d) paralizia agitată* (cu violentă iritație motrice și stare de confuzie), *e) paralizia euforică* (grandomanie timidă, fără stare maniacă pronunțată); *f) paralizia catatonică; g) paralizia paranoidă.*

(La autopsie: din cauza aderenței lor intime la substanța corticală, arachnoida și piamater, îngroșate și vascularizate, nu pot fi ridicate fără a se desface și o parte din substanța corticală. Sediul exclusiv al acestor leziuni e în partea antero-laterală a creerului, îndeosebi la nivelul circomvoluțiunilor frontală și parietală ascendente. Se mai notează uneori escare și o mare fragilitate a oaselor — fracturi spontane).

⁂

In evoluția *paraliziei generale progresive* se disting cinci faze: 1) *perioada prodromică;* 2) *perioda inițială;* 3) *perioada de remisiune* ori de *intermisiune;* 4) *perioada demențială caracterizată;* 5) *perioada terminală.*

a. **Perioada prodromică.** — Paralizia progresivă se instalează deobiceiu între 40 și 55 ani. Ea se anunță — cu câteva luni sau chiar cu 1—3 ani înainte — prin modificări în caracterul, obiceiurile și felul de a se purta al individului (din bun, îndatoritor, ordonat, activ, bolnavul devine răutăcios, neîncrezător, arţăgos, hain, neglijent, leneş; din circumspect, meticulos, devine apatic; din grav şi econom, devine neserios şi începe să facă cheltueli inutile; din vesel, devine abătut). Un semn premergător, comun tuturor bolnavilor, e: o nervozitate excesivă, o mare iritabilitate, interesul disproporţionat pentru fleacuri; o scădere de memorie (mănâncă un cuvânt într'o frază, o literă într'un cuvânt, stilul e mai greoiu, neglijează sau exagerează punctuaţia, greşesc data unei scrisori, greşesc în socoteli, îşi modifică scrisul).

In perioada prodromică paraliticul progresiv face planuri mai mult sau puţin fantastice în prezent şi mai ales pentru viitor, întrevede posibilităţi de realizare, în domeniul activităţii lui obicinuite sau chiar în întreprinderi aventuroase, deşi premizele de reuşită lipsesc. La unii se observă şi excitaţiuni genezice.

In mai bine din jumătatea cazurilor, s'au produs în prealabil una sau mai multe congestiuni cerebrale, manifestate prin: sincopă, vărsături, încetineală sau greutate în exprimare, paralizia efemeră a unui braţ sau a unui picior.

Se mai notează: tremurul trecător al buzei, inegalitatea pupilară.

b) Perioada iniţială (poate fi agravată prin alcool şi excese sexuale). — Cu invaziunea delirului boala se precizează: ori *expansivitate*, concepţiuni orgolioase şi ambiţioase; ori *depresiune*, concepţii melancolice sau hipochondriace.

In forma *expansivă*, bolnavul se arată mulţumit, e de o mobilitate excesivă, de un optimism pe cât de exagerat pe atât de neîndreptăţit, croeşte la planuri care de care mai cu puţini sorţi de isbândă; aiurează (vorbeşte de lucruri ori situaţiuni imaginare, îşi confundă personalitatea cu aceea a unor individualităţi celebre, a unor personagii puternice, susţine că e autorul unor isprăvi făcute de alţii sau cu totul închipuite); are mania demersurilor şi a petiţiilor; îşi arogă titluri şi puteri imaginare.

In *delirul depresiv*, bolnavul îşi impută greşeli, delicte, crime, de cari nu s'a făcut vinovat; se crede nenorocit, desonorat, menit pieirii sub oprobriul public; apatic, inert, se izolează spre a-şi jeli nenorocirea imaginară şi uneori încearcă să se sinucidă. Unii au convingerea c'au pierdut gura, stomacul, pântecele, că li s'a scurs tot sângele din vine, că intestinele le sunt astupate sau secţionate, că nu mai pot deschide ochii; că nu mai pot nici defeca nici urina; că penisul le-a putrezit, testiculele li s'au atrofiat, picioarele li s'au scurtat, iar mânile li s'au lungit enorm.

c) Perioada de remisiune. — Dacă nu în toate dar în foarte multe cazuri se notează, la sfârşitul perioadei iniţiale, un fenomen de retrocesiune patologică: delirantul devine foarte calm, rezervat cu o nuanţă de tristeţe, docil, judecă normal, doreşte să-şi reia îndeletnicirea obicinuită; vorbirea e mai clară, scrisul mai ordonat, mersul mai sigur, fizionomia mai expresivă; în câteva zile ameliorarea e accentuată. Explicaţia anatomică a remisiunii trebue căutată în dispariţia accidentelor permanente de congestiune cerebrală, ceeace are de efect încetarea flegmasiei şi deci oprirea ramolirii substanţei corticale, restaurarea creerului. Şi astfel, cu toate aderenţele numeroase ce s'au format între creer şi învelişuri, inteligenţa reapare, iar turburările motilităţii slăbesc sau se maschează. Atunci când remisiunea se prelungeşte, nu mai rămâne decât o greutate abea perceptibilă în elocuţiune; nu se mai notează nici tremur, nici spasmuri, nici dureri; atât numai, că boala şi-a menţinut pecetea pe voinţă (care şi-a pierdut din hotărâre), individul e de o docilitate excesivă şi în toată fiinţa lui se desinează o atitudine de copil.

Asistăm la un congediu al boalei, nu la o adevărată vindecare. Pentrucă, dacă delirul a dispărut, demenţa — slăbirea progresivă a nivelului intelectual — îşi urmează procesul: nesocotit în ce priveşte propriile lui interese, bolnavul e o pradă uşor de prins în mrejele sugestiunii şi ale captaţiunii.

Uneori remisiunea e numai parţială (turburările mintale pierd din acuitatea lor, dar persistă gângăvitul şi simptomele somatice) — în cazul acesta avem numai ceeace se numeşte o *intermisiune*. In starea de *remisiune*, individul îşi recunoaşte boala, regretă excesele, actele nesocotite comise, se căeşte sincer de manifestaţiunile orgoliului său nemăsurat, de pretenţiunile lui absurde; în starea de *intermisiune*, dimpotrivă, individul tăgădueşte de a fi fost bolnav, protestează contra internării sale şi denunţă familia, parchetul, guvernul de a fi uneltit contra persoanei sale, şi la orice întrebare răspunde cu o minciună care te fixează asupra integrităţii facultăţilor sale mintale şi a simţului său moral.

Durata *remisiunii* e foarte variabilă, uneori accidentele demenţei se reinstalează după o lună două, alteori abea după câteva luni, unul sau doi ani.

Sunt şi remisiuni de durată mai lungă: e vorba de cele obţinute graţie unui tratament apropriat, în deosebi terapeuticii malarice. Pe când până în 1927, mortalitatea paraliticilor progresivi era de 50% în chiar anul internării, de atunci procentul acesta a scăzut la 15%; iar procentul de remisiune curativă (care nu trebue niciodată confundată cu o vindecare completă, ea fiind numai una mai mult sau mai puţin deficitară) e de 50% din cazurile tratate, pe când remisiunea spontană nu trece de 12%.

Durata *intermisiunii* e cu mult mai scurtă, uneori de câteva zile numai.

d) Perioada demenţială caracterizată e faza degradării fizice şi a abrutizării morale. Pradă unui fel de excitaţie automatică, paraliticul progresiv nu are astâmpăr (se scoală, se aşează, pleacă, se întoarce), mormăie cuvinte incoherente, face colecţii de frunze, bucăţi de hârtie, pietricele, cu cari îşi umple buzunarele; se desbrăcă, îşi rupe hainele depe el, îşi spală cămaşa în urină, nu mai are noţiunea timpului, a spaţiului şi nici măcar a propriei sale identităţi (îşi uită numele, vârsta), nu-şi mai reaminteşte de felul de îndeletnicire obicinuită, nu mai ştie dacă e însurat ori nu, de mai are ori nu părinţi, copii, rude; nu-şi mai recunoaşte prietenii. In ce priveşte caracterul şi temperamentul, cade dintr'un extrem într'altul: iată-l concentrat, tăcut, blajin, iată-l svăpăiat, gălăgios, arţăgos, brutal. Vorba'i e foarte încurcată, mersul nesigur, de om beat. Scrâşnet prelungit şi strident al dinţilor. Murdar, lacom şi mincinos; abea de mestecă alimentele, în schimb digerează bine şi chiar se'ngraşă.

La finele perioadei, are în permanenţă incontinenţa urinei şi a fecalelor, iar mici congestiuni cerebrale se produc la intervale scurte.

e) Perioada terminală. — Nu mai avem în faţa noastră decât o zdreanţă omenească: toate fenomenele vieţii se reduc la îndeplinirea unor funcţiuni pur vegetative, n'a mai rămas nimic din sentimente, instincte, sensibilitate, vorbire, mers, contractilitate musculară; numai nutriţiunea şi asimilarea sunt cruţate — până survine moartea.

* * *

In ce priveşte durata totală a perioadelor esenţiale (cea de remisiune, nefiind constantă, nu are decât uneori caracterul unei perioade accesorii), e de remarcat că, pentru determinarea intervalului necesar întregului proces de disoluţiune a funcţiunilor psihice, trebue să se aplice, prin analogie, legea procesului de evoluţiune în sens contrariu, adică a instalării şi a desvoltării normale a acestor funcţiuni. Şi sursa unică pentru cronologia normală a desvoltării psihice e copilăria *(Trochine)*, pentrucă, în definitiv, procesul de disoluţiune readuce pe individ în starea iniţială a psihicului infantil neformat.

In evoluția copilului se disting următoarele perioade medii; 1) dela naștere la 4 luni, epoca funcțiunilor reflectorii și instinctive; 2. dela 4 la 18 luni, epoca funcțiunilor primitive; 3) dela 18 la 30 luni epoca funcțiunilor sugerate-imitative; 4) dela 30—36 luni (3 ani) până la 5—7 ani, epoca funcțiunilor mecanice.

In procesul distructiv al paraliziei progresive notăm, in ordinea inversă, fazele (cifre medii): 1) desvoltarea perioadei mecanice după 32—40 luni; 2 desvoltarea perioadei de sugestiune — imitațiune în alte 16—20 luni; 3. desvoltarea perioadei automatice in alte 8—10 luni. 4) evoluția către perioada absolutei inconștiențe (aceea a copilului la naștere) in alte 4—5 luni.

Adică: evoluția psichică progresivă a copilului se face in 5—7 ani; disoluția psichică progresivă a paraliticului se face cam în acelaș interval (5 până la 6 ani și ceva).

Mai e de observat că fazele de disoluțiune se prezintă ca termenii unei progresiuni geometrice cu rațiunea 2.

* * *

Formulele simptomatologice ale perioadelor descrise servesc expertului pentru *diagnosticul* bolii, atunci când e vorba de internare, interdicție, punerea sub consiliu judiciar ori de responsabilitate civilă și penală.

De observat:

a) Fixitatea pupilară se notează și la *tabes* și in cazuri rare de *sifilis latent.*

b) Absența reflexelor patelare și aceea a tendonului lui Achile, — absență care, după unii autori, ar fi o caracteristică esențială a paraliziei progresive, se poate să nu fie notată.

c) Turburările vorbirii (viciile de articulare a cuvintelor) pot apărea cu mult înainte de instalarea turburărilor cerebrale.

d) De o deosebită importanță e *rezultatul examenului serului sanguin și acela al lichidului cefalo-rachidian.* Reacțiunea Wasserman pozitivă (mai întotdeauna în ce privește serul sanguin și fără excepție pentru lichidul cerebro-spinal) e un element prețios al diagnosticului paraliziei progresive. (In lichidul cerebrospinal se inregistrează o sporire considerabilă a limfocitelor, a cantității de globulină și de albumină).

e) In ce privește *fenomenele psichopatice și turburările mintale,* e de recomandat o observație cât mai prelungită și mai atentă în fazele prodromică, inițială și de remisiune. Bolnavul, știindu-se supravegheat și având conștiința rostului examenului medical, poate fi capabil să disimuleze anumite scăderi interesând memoria, limpezimea judecății.

f) In *perioada de remisiune* — care, grație noilor metode de tratament (agenții arsenicali, preparatele bismutice, pyroterapia și malariaterapia) poate fi de lungă durată (in 40 la sută din 143 cazuri tratate de *Henri Claude),* pe când in remisiunile spontane, mai întotdeauna de scurtă durată, procentul nu trece de 10—12 la sută: — in perioada de remisiune, zicem, *expertul va fi foarte prudent, înainte de a se pronunța în ce privește capacitatea civilă și responsabilitatea penală. In nici un caz nu va conchide la o capacitate neîngrădită ori la o responsabilitate întreagă, pentrucă regresiunea nu însemnează și absența oricărei reminiscențe morbide.*

Aceasta cu atât mai mult când e vorba de indivizi a căror îndeletnicire e legată de o deosebită răspundere morală ori bănească (medici, judecători, avocați, profesori, mânuitori de bani), pentrucă insuficiența de discernământ perzistând, sunt supuși unor greșeli cari uneori pot avea urmări grave. S'au înregistrat cazuri de remisiune in cari bolnavul, căpătând sau recăpătând conștiința afecțiunii și știind că vindecarea nu e decât o ameliorare trecătoare și de groază perspectivei recidivei, s'a sinucis.

g) O singură călăuză de apreciere, în primele trei faze (prodromică, inițială și de remisiune) o constituie însăș natura actului reproșat celui suspect de paralizie progresivă: semne manifeste de desordine morală, obnubilarea judecății (provocațiuni, agresiuni, ultragii contra agenților forței publice, ultragiu public conra pudoarei, promisiuni extravagante, angajamente oneroase, cumpărări absurde, vânzări ruinătoare, donațiuni și dispoziții testamentare condamnate de circumstanțele de fapt, de bunul simț și de morală; acte în desacord cu tot felul de a fi anterior al individului: renunțări, demisiuni nemotivate, convertire subită la o altă religie, căsătorie disproporționată cu vârsta, cu poziția socială, ori chiar scandaloasă).

h) Pentru ultimele două faze (cea demențială caracterizată și cea terminală) sunt dela sine indicate: *incapacitatea civilă absolută, iresponsabilitatea totală.*

31. Delirul sarcinii

Putând fi observat la ambele sexe în toate fazele paraliziei progresive, delirul sarcinii dispare odată cu ultimele licăriri ale vieții intelectuale și afective. Ideile delirante — cari nu sunt niciodată sistematizate sau stereotipate — sunt numai excepțional însoțite de semne fizice de falsă gestațiune. Delirul sarcinii își are originea in senzațiuni interne (erotismul latent), într'un automatism cerebral de ordin inferior.

32. Ramolismentul cerebral

E, cliniceşte, confundat cu paralizia progresivă, dar se deosebește de aceasta din urmă prin însăș natura degenerării: pe când în ramolismentul cerebral se observă o diminuare a consistenței țesutului cerebral, în paralizia progresivă, această consistență e în cele mai multe cazuri sporită.

Ramolismentul cerebral se caracterizează printr'o lichefiare a elementelor nervoase ale creerului, fie în urma unui proces inflamatoriu, fie în urma unei opriri a afluxului sanguin (consecutiv endarteritei, trombozei, emboliei, etc.). După cum focarul de ramolisment e colorat în roșu (prin sângele revărsat) ori în galben-alb (prin produsele de descompunere ale sângelui), avem *ramolisment roșu* și *ramolisment galben* sau *alb*.

Ramolismentul — notat adesea și în alienația mintală — are o formulă simptomatologică variabilă după însăș regiunea cerebrală în care s'a instalat și se prezintă sub două forme: *ramolismentul acut* (cu varietatea *ramolismentului ataxic*, caracterizat prin delirul care-l însoțește) și *ramolismentul cronic*.

In forma acută, întocmai ca în apoplexie, individul — de obiceiu de mult atins de afecțiuni cronice — e subit lovit de paralizie (cu sau fără pierderea cunoștinței). In deosebire, însă, de hemoragia cerebrală (în care simptomele descresc din chiar clipa atacului), în ramolisment simptomele se tot accentuează.

Prodromele — excepționale în hemoragia cerebrală — sunt adesea manifeste în ramolisment. Semnele premergătoare sunt: 1) durere de cap fixă și tenace, cu mișcări instinctive ale bolnavului de a duce mâna la cap; 2) amorțire, furnicături, o senzație de jenă și de greutate; 3) contracturi, crampe și chiar convulsiuni în membrele din partea opusă cefalalgiei; 4) paralizia — care în hemoragia cerebrală e dela început la apogeul ei, cu tendința imediată de scădere — în ramolisment, dintr'untâiu slabă și limitată, are un mers ascendent; 5) inteligența și motilitatea nu scad decât treptat, pe când în hemoragia cerebrală, abolirea facultăților intelectuale și senzitive (atunci când se produce) e din capul locului completă și coincide cu suprimarea motilității; 6) exaltarea sensibilității; 7) variațiunile (scăderea de dimineața până seara) și prezența unor dureri spontane în membrele paralizate; 8) ramolirea regiunii cerebrale atinse se accentuează în adâncime (adică de la exterior la interior), așa că e greu să se precizeze locul unde substanța nervoasă își reia integritatea texturii; 9) substanța moale e compusă din: fragmente de tubi nervoși rupți, picături de substanță medulară vâscoasă, semi-lichidă, tubi alterați, capilare mai mult sau mai puțin încărcate cu granulațiuni grăsoase și o mare cantitate de leucocite granuloase.

După faza bolii, ramolismentul cerebral e susceptibil: fie de capacitate civilă și de responsabilitate penală totală, fie de capacitate redusă și de responsabilitate atenuată.

33. Demența tumorală

Evoluția ei e progresivă.

a) *Fenomenele inițiale:* inatențiune, lacune mnezice, ușoară oboseală; absența atracțiunii pentru munca intelectuală, iritabilitate, locacitate lipsită de interes, glume nesărate, nuanță de imoralitate în vorbă şi purtare. *(Capacitate civilă; responsabilitate penală).*

b) *Fenomenele din a doua fază:* sugestibilitate uşoară, docilitate *(Capacitate redusă, responsabilitate atenuată).*

c) *In faza a treia:* pierderea reminiscenţelor, a noţiunilor îndeletnicirii obicinuite. In faza terminală, obnubilarea facultăţilor mintale, cu afazie (în 30 la sută din cazuri). *Incapacitate civilă; iresponsabilitate.*

34. Demenţa traumatică

Se manifestă prin: fenomene de amnezie (sindromul lui Korsakow), incapacitate de muncă intelectuală şi de tensiune psichică, oboseală, agitaţie, iritabilitate, irascibilitate; psichoza hipohondriacă. — In cazurile grave de comoţiune difuză a creerului cu caracter irevocabil, se poate observa tabloul demenţei automatice, atunci când bolnavul decade la nivelul noului născut. Starea aceasta nu trebue confundată cu obnubilarea care se observă imediat după traumatism şi care, prin patogeneza ei, nu aparţine demenţei. După gradul bolii: *capacitate civilă redusă ori incapacitate; responsabilitate atenuată sau iresponsabilitate penală.*

35. Demenţa polysclerotică

Datorită sclerozei în plăci multiple, ea se caracterizează prin: 1) dificultatea asociaţiunilor de idei şi incetineala unei judecăţi puerile; 2. sărăcia concepţiunilor abstracte şi slăbirea atenţiunii; 3) iritabilitate şi ciudăţenii de caracter; 4) exagerarea simţului genital.

Evoluţia bolii: începe cu forma histeroidă şi se încheie cu cea semidelirantă, în care se notează: apatie, judecată viciată, confuzie cu conştiinţa însă a propriei identităţi. — *Capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată.*

36. Demenţa arteriosclerotică

a) Perioada iniţială: uşoare alteraţiuni ale facultăţilor mintale, de o durată mai mult sau mai puţin prelungită (câţiva ani).— *Capacitate civilă; responsabilitate penală.* — In sub-faza intermediară: fenomenele seamănă cu acele ale neurasteniei. Bolnavul nu se poate acomoda cu o îndeletnicire nouă şi mai grea; face greşeli de nume şi date; gândirea slăbită şi instabilă, cu inconsecvenţă temporară, depresiune sufletească din cauza conştiinţei ce individul are despre scăderile lui intelectuale. *(Capacitatea civilă redusă; responsabilitatea atenuată).*

b) In perioada a doua, odată cu accentuarea leziunilor arterio-sclerozei: amnezia lucrurilor recente, îngreuiarea percepţiunii, absenţa înţelegerii pentru tot ce e mai complicat, sugestibilitatea şi docilitatea escesivă. — In sub-faza **intermediară:** incapabil de calcule aritmetice, uitarea anului, lunii şi zilei naşterii; incapacitate de a se orienta în timp şi spaţiu; apatic, plânge sau râde fără motiv.

c) In perioada a treia, odată cu instalarea paraliziei, se declară şi demenţa absolută: incapacitate de a se mişca, vorbire neinţeleasă, incontinenţă urinară şi fecală, dar bolnavul tot păstrează o noţiune ştearsă a propriei sale personalităţi.

In perioadele 2 şi 3: *incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

37. Neurastenia

Pentru întâia oară caracterizată de *Beard*, în 1879, ea are următoarea formulă simptomatologică: 1) escitaţiune bolnăvicioasă până la violente accese de furie; 2) anormală oboseală spirituală, cu ideaţie agitată; 3) reprezentări halucinatorii hipochondriace; 4) mare oboseală motrice; 5) insomnie; 6) senzaţii anormale: hiperestezie, hiperalgezii, parestezii, topalgezii, greutate la cap, ameţeli, fotopsie; 7) simptome vaso-motrice (tachicardie paroxistică); 8) dispepsie nervoasă.

Sunt trei varităţi:

a) *Neurastenia cerebrală:* turburările interesează îndeosebi nervii capului şi sunt de natură psichică (greutate la cap, vâjâituri în ureche, ameţeală, insomnie, escitabilitate). — Sinonimă cu *astenia cerebrală, astenia encefalică.*

b) *Neurastenia sexuală:* escitabilitate sexuală mărită ori scăzută, masturbaţie, erecţiune, vaginism

c) *Neurastenia spinală:* rachialgie, oboseală la mers, dureri în spate şi la picioare, parestezii, turburări ale aparatului genito-urinar. — Sinonimă cu *mielastenia.*

Din punctul de vedere medico-legal interesează tus-trele formele. — *In varietatea cerebrală*, capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată. *In neurastenia sexuală şi în cea spinală*, capacitate civilă întreagă; reponsabilitate întreagă ori atenuată, după cum fiecare din aceste două varietăţi e asociată şi cu cea cerebrală.

38. Demenţa precoce (schizofrenia)

Se prezintă cu trei faze: mecanică, de sugestiune-imitaţiune şi automatică. Faza absolută a demenţei în genere lipseşte.

In faza mecanică, se observă semne neîndoiase de scădere psichică. De o durată variabilă — dela câteva luni la câţiva ani şi chiar toată viaţa — faza aceasta poate fi unica manifestare a demenţei precoce. Când însă constitue numai o parte a evoluţiei schizofrenice. în chiar primii doi-trei ani dela instalarea ei e înlocuită prin celelalte două faze, a căror durată (pentru fiecare în parte) e mai mică decât aceea a fazei mecanice.

Intreaga evoluţie, în cazurile cele mai pure, e de 4—6 ani.

Risse (1928) înregistrează observaţii de schizofrenie a cărei origine s'a găsit într'o spaimă care data de câţiva ani, de care individul uitase cu totul, dar ale cărei efecte s'au identificat prin natura fenomenelor halucinatorii şi deci prin raportul direct dintre acestea şi cauza spaimei.

Caracteristicele demenţei precoce: fenomene halucinatorii, idei paranoide: numai excepţional se înregistrează sindromul lui Korsakow şi afazia completă (afazia parţială — numai pierderea uzului vorbirii — e destul de frecventă): sfera emoţiunilor şi aceea a voinţei sunt afectate: facultatea psichică, în stare latentă, poate să se afirme în anumite condiţiuni (cugetarea semi-liberă).

De notat, că unele forme uşoare şi staţionare ale hebefreniei pot lesne fi confundate cu imbecilitatea sau chiar numai cu debilitatea congenitală sau dobândită fie în epoca prepubertară fie în cea imediat post-pubertară.

In formele mai grave, absenţa simţului moral se accentuează, individul devine antisocial (fuge de lume, nu are simpatii eterosexuale, deşi se dedă la escese genezice), capabil de delicte şi chiar de crime. — In inchisoare, boala se agravează.

Incapacitate sau capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată.

59. Demenţa senilă

E debilitatea mintală progresivă, datorită unui proces de degenerare a ţesuturilor. Psichiatrii n'au căzut încă de acord pentru delimitarea anatomo-clinică a diverselor forme specifice demenţei senile, aşa că, după cum observă *Trochine,* ne aflăm în faţa unui adevărat mozaic de procese patologice (psichoze ale bătrâneţei) legate prin timpul de apariţie, dar esenţial diferite (paralizia generală, alcoolismul, catatonia tardivă, psichoza maniaco-depresivă, arterio-scleroza senilă). *Lhermite-Nicolas* (1925) introduc în demenţa senilă: *demenţa senilă simplă, presbiofrenia* (caracterizată, după *Wernicke,* prin tabloul psichozei lui Korsakow) consecutivă unei închistări de elemente nervoase şi gliomatoase în substanţa corticală a creerului; *morbul lui Alzheimer* (accese epileptice, afazie, agnozie, apraxie), *morbul lui Pick* (pseudo-cirosă a ficatului), *atrofia difuză sclerotică a creerului, demenţa paraplegică* în urma encefalitei cronice a substanţei corticale.

Varietăţile cu adevărat caracteristice noţiunii de demenţă senilă ar fi: *demenţa senilă simplă, presbiofrenia, formele delirante, delirurile paranoide involutive.* După *Kraepelin,* forma cea mai frecventă e *demenţa senilă simplă* (65 la 100 din psichozele senile propriu zise; dar. după *Kreuser* — 1914, demența senilă n'ar ingloba decât 40 la 100 din psichosele bătrâneței).

a) In **faza mecanică** a demenței senile notăm un mănunchiu de simptome de disoluțiune: încetineala percepțiunilor, a asociațiunilor și a judecății, absența atențiunii, slăbirea treptată a memoriei pentru lucrurile recente, absența emoțiunilor superioare, a rațiunii creatoare; pe de altă parte, înregistrăm simptome compensatoare — dominarea psichicului de către funcțiunile inferioare: flecăreala senilă; acțiunea creatoare măruntă (împletitul ciorapilor, jocul de păpușe); raționament meschin, de amănunt; memoria trecutului, atențiunea pentru nimicuri; desvoltarea funcțiunilor proprii primitivilor: simțul proprietății (avariția senilă), impulsivitatea psichică (cleptomania senilă), simțurile fizice (patima senilă pentru mâncare, băutură, tutun), simțul sexual (onanismul senil, exibiționismul, pedofilia).

b) In **faza de sugestiune-imitație**, demența senilă se manifestă nu numai prin starea memoriei (amnezia recentului și trăinicia reminișcențelor, caracterizată prin confabulațiuni tipice), ci și prin supunerea pasivă, absența inițiativei, încăpățânarea atât de specifică bătrânilor (de fapt o supunere interioară la porunca tiranică a concepțiunii rutinare).

c) In **faza automatică** notăm dispariția reminiscențelor pe zone: dementul senil trăește mai întâiu în prezent, apoi retrăește vârsta adultă și în fine vârsta tinereței și a copilăriei. Individul ajunge să nu-și mai amintească de rude, să nu mai recunoască persoanele, să piardă noțiunea spațiului și a timpului, să-și uite propriul nume, să piardă uzul curent al vorbirii. Intactă rămâne numai memoria reflexo-instinctelor și aceea a funcțiunilor primitive (mișcările): dementul senil se deplasează fără noimă dintr'un loc într'altul, se așează, se scoală, se culcă, mănâncă, pune mâna pe orice, fără nici un interes apreciabil.

Trochine contestă că faza finală a demenței senile ar fi demența absolută (paralizie, turburarea deglutițiunii, incontinența urinară și fecală, turburarea mintală). Demenții senili putând înțelege o chestiune simplă și să dea un răspuns destul de chibzuit, aceasta e o dovadă de conservare relativă a personalității, reminișcență inexistentă în demența absolută. Ceeace, la dementul senil, se ia drept formulă simptomatologică a demenței absolute, se explică, după *Trochine*, prin două cauze: 1) obnubilarea finală și starea delirantă; 2) eroare de diagnostic: se confundă demența senilă cu paralizia generală senilă.

⁂

Din cele ce preced reiese că expertiza demenței senile prezintă oarecare greutate, mai ales în faza inițială, pentrucă bolnavul, știindu-se observat, se silește să disimuleze insuficiențele intelectuale și semnele abuliei. In faza înaintată (grăbită fie de o emoțiune puternică, fie de o boală gravă) marasmul sare în ochi dela prima vedere: melancolia, cu întregul ei cortegiu de spaime, deliruri, halucinație persecutorie, caracterizează acest stadiu. Examenul somatic indică modificări interesând îndeosebi inima și vasele sanguine; uneori se notează simptomele unei afecțiuni cerebrale (atacuri apoplectice, turburări de natură afazică, epilepsia tardivă).

Demenții senili, în faza de sugestiune-imitație, pierd aproape cu totul facultatea discernământului; se lasă captați, contractează căsătorii scandaloase prin disproporţia de vârstă ori de condiţiune socială, devin adevărate păpuşi automate în mâinile persoanelor cari capătă ascendent asupra lor (repudiază rudele cele mai apropiate, fac donaţii, iau dispoziţuni testamentare în favoarea unor persoane şi instituţiuni existente sau abea de creat, dar cu cari n'au avut nici o legătură în tot cursul vieţii lor). In ordinea morală pură, dementii senili, mai ales în faza incipientă, se fac vinovaţi de atentate la pudoare sau de ultraj public contra pudoarei (exibiţionism), de falsuri şi escrocherii; unii sunt şi piromani.

Capacitatea civilă redusă (consiliul judiciar) şi responsabilitatea atenuată, in faza iniţială; *incapacitate civilă şi iresponsabilitate,* in ultimele două faze *(sugestiune-imitaţie, automatică).*

40. Psichoza sifilitică

E o afecţiune cronică, în care se notează toate fazele alienaţiei mintale: mecanică, sugestiune-imitaţie, automatică şi, uneori, chiar şi aceea a demenţei absolute.

a) *Faza mecanică* se observă în formele paranoide ale sifilisului cerebral (în cari individul, deşi are conştiinţa bolii, e capabil încă de a-şi păstra aspectul exterior de om sănătos). *Capacitatea civilă; responsabilitatea penală.*

b) In faza de sugestiune-imitaţie, bolnavul se caracterizează printr'o docilitate escesivă şi printr'o perseverenţă, caracteristică îndeosebi după *apoplexiile sifilitice.* — *Incapacitate civilă; responsabilitate atenuată.*

c) Faza automatică nu e numai specifică formei demenţiale a sifilisului cerebral, ea se observă şi în cazurile incurabile ale apoplexiilor şi ale formelor expansive, cu următoarea formulă simptomatologică: indiferenţă, obnubilare, reminişcenţe foarte şterse, sărăcie de gândire, vorbă fără şir sau chiar simplu mârâit.— *Incapacitate civilă. Iresponsabilitate penală.*

d) Demenţa absolută se manifestă prin: imposibilitatea de a se hrăni singur, incontinenţă urinară şi fecală, soluţiuni de continuitate în memorie, agnozie, afazie. — *Incapacitate civilă; iresponsabilitate penală.*

41. Turburările mintale transitorii ale parturientelor

Psichosele puerperale formează obiectul unei controverse intre *Brouardel* şi discipolii lui *Marcé* (care, in 1858, a creat tipul special al maniei puerperale).

Brouardel nu admite existenţa unei crize de alienaţie mintală care pe cât de subit să apară, tot atât de subit să dispară, spre a nu dăinui decât timpul necesar săvârşirii crimei (pruncucidere).

Cel mult se poate concepe un acces de delir, dar numai la o femee predispusă (histerie, epilepsie) sau la una cu tare ereditare. La o atare parturientă *psichoza puerperală e de durată relativ mare (câteva săptămâni sau chiar câteva luni)*, aşa că medicul are putinţa de a o diagnostica. — Nici *Strassmann* — care nu contestă şocul psichic al procesului facerii, în cazurile în cari există o turburare de ordin psichic sau nervos, datorită sarcinii — nu admite decât un desechilibru mintal durabil. *Vaudescal* (în *Brindeau*) conchide şi el că, atunci când se notează unul din tipurile clinice ale psichozelor puerperale, bolnava era deacum psichopată sau degenerată şi a fost cu putinţă ca sarcina sau una din complicaţiunile ei (eclampsia, infecţia post-partum) să joace rolul unui agent de deslănţuire care pune în mişcare un proces cu evoluţie întârziată. Psichozele cari se produc în afară de orice intoxicaţie gravidică sau de orice infecţiune sunt extrem de rare şi constitue abea 15% din cazurile de nebunie puerperală (5% în cursul sarcinii şi 10% în timpul alăptării).

Teza contrară are mulţi partizani. *Régis*, *Bar*, *Porak*, *Doléris*, *Maygrier*, *Lallier* admit isbucnirea psichozelor puerperale nu numai pe un fond de ereditate, de degenerare, dar şi sub influenţa ocazională a uneia din fazele maternităţii: infecţiunea şi autointoxicaţia. Ei recunosc însă că procentul cel mai mare, 80%, îl dă ereditatea (alcoolismul părinţilor, epilepsia, histeria, tuberculoza). *Régis* a notat şi cazuri de ereditate similară: psichoză puerperală şi la mama parturientei.

După *Fursac*, influenţa ocazională îşi poate avea obârşia în: emoţiunile subite şi violente de orice natură, supărările, dificultăţile facerii, reumatismul, afecţiunile cardiace (îndeosebi cele mitrale), gripa, pleurezia, guşa exoftalmică, nefrita, sifilisul, epuizarea, anemia gravă consecutivă unei hemoragii abundente.

Wagner-Jauregg — care nu admite decât ca o excepţie obnubilarea discernământului la o femee altfel sănătoasă şi care, numai sub impulsiunea momentului (furie, disperare) îşi pierde liberul-arbitru — ajunge şi el la concluzia că psichozele puerperale sunt de regulă apanajul psichopatelor (imbecile, degenerate). E posibil ca o psichopată, în timpul facerii sau imediat după aceasta, fie din cauza durerilor mari, fie ca repercursiune a stării sufleteşti (ruşinea şi frica în naşterile ilegitime, grija de întreţinerea copilului) să se găsească sub imperiul unei stări afective de natură a-i turbura temporar judecata.

Oricum, psichozele puerperale sunt foarte rare şi nu se notează decât în 1 la 1000 faceri, în maximum 1 la 200 faceri (cifra psichiatrilor mai indulgenţi).

Formele clinice ale psichozei sunt din cele mai variate. Simptomele generale sunt: confuzie mintală, idei erotice şi mistice, amnezie pronunţată, uneori chiar completă de tipul retrograd sau retro-anterograd, facies alterat, pământiu; ochii sclipitori; buzele şi limba uscate, adesea fuliginoase, pielea uscată sau îmbrobonită cu sudoare, constipaţie rebelă; puls mic şi rapid, temperatură febrilă dar fără urcare considerabilă (afară de cazurile de delir acut). Se notează adesea: fetiditatea excesivă a lochiilor; inflamaţie, puroiu în organele genitale; o mare reducere a secreţiunii urinare, care coincide cu debutul accesului, accentuându-se pe măsură ce creşte intensitatea delirului şi făcând loc unui adevărat potop urinar în momentul vindecării; prezenţa aproape constantă a albuminei, în doze mici, în urină.

Vindecarea se produce: când repede, brusc chiar în accesele acute cari n'au ţinut decât câteva zile; când lent, treptat, în accesele lungi, în cari faza acută a fost urmată de o perioadă prelungită de confuzie sau de stupoare (*Régis*).

Oricum, nu se poate concepe o stare de nebunie de numai câteva ore aşa cum încearcă s'o prezinte *Willer* şi care e o erezie ştiinţifică. Pentrucă nu putem lua drept obnubilare spontană a judecăţii ceeace în realitate e efectul unei adevărate deliberări mintale.

Expertul, în concluziunile sale, va ţine fireşte seama de starea somatică şi psichică a femeei în momentul facerii sau după expulzarea copilului. In nici un caz, însă, nu trebuie să se lase cârmuit de spiritul codului penal german (art. 1925) care admite circumstanţa atenuantă că judecata femeii poate fi covârşită de gândul că e mai bine ca, prin suprimarea vieţii abea începute, să cruţe copilului nevoia şi mizeria.

Femeea, mai înainte sănătoasă, e responsabilă de eventuala pruncucidere; cea cu tară preexistentă poate beneficia de responsabilitatea atenuată.

Expertul (după cum sună şi o jurisprudenţă din 7 Iulie 1854 a Casaţiei austriace) va trebui să demonstreze dacă, în momentul săvârşirii crimei, parturienta se mai găsia în psichoza invocată în favoarea ei. Fapt e că, dacă o atare psichoză poate obnubila judecata femeii şi la câteva ore dela facere, nu se poate însă admite decât ca o excepţie (afară numai dacă avem aface cu o alienată caracterizată) obsesiunea-impulsiunea tardivă (câteva zile sau câteva săptămâni).

42. Psichoza pelagroasă

E o afecţiune cronică ale cărei caractere sunt: turburări digestive, eritem pe părţile corpului expuse razelor solare şi, uneori, apatie, hipochondrie, turburări mai mult sau mai puţin pronunțate ale inteligenței. Deși de obiceiu starea de demență nu trece dincolo de faza mecanică, totuși se observă și forme mai grave: imobilitate, stupoare, urmate de accese maniace cu halucinațiuni, crize vertiginoase, în cursul cărora bolnavul, pradă a unor impulsiuni irezistibile, devine porioman iar in drumul său dă foc, atentează la vieața persoanelor întâlnite, mai ales a copiilor, și sfârșește prin a se sinucide.

In forma clinică mai ușoară, pelagrosul are o capacitate civilă redusă și o responsabilitate penală atenuată; în forma mai gravă, incapacitate civilă, iresponsabilitate penală.

43. Psichozele infecțioase

Ele sunt caracteristice bolilor febrile, în cursul acestora sau consecutive lor. In marea majoritate a cazurilor, psichoza infecțioasă constitue o urmă a *syndromului lui Korsakow* (soluțiuni de continuitate sau amnezia totală a trecutului recent, pierderea noțiunii de timp și spațiu, confabulații, adesea polineurită, uneori și poliencefalită acută superioară); cu toate acestea, și fără existența formei korsakowiene, se pot nota semnele specifice psichozei infecțioase: sărăcia de gândire, slăbiciunea judecății, apatia emoțională și insuficiența voinței.

In evoluția ei, demența infecțioasă (care nu trebuie confundată cu demența acută care se manifestă în stadiul delirului) e staționară și, după *Trochine*, uneori regresivă. Chiar în cazurile cele mai grave nu depășește limita fazei mecanice.

FACULT
DIN SU

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate penală atenuată.

44. Psichoza consecutivă intoxicației oxicarbonate

In aceasta nu se notează, cum se credea până acum, cerebropatii grave asemănătoare paraliziei generale (vaste focare de ramolisment de origine vasculară). Slăbiciunea psichică, dacă persistă, nu trece niciodată dincolo de faza mecanică și se caracterizează prin sindromul lui *Korsakow*. Psichoza e staționară sau chiar întrucâtva regresivă.

In intoxicațiunea oxicarbonată avem un tablou simptomatologic pentru intoxicațiunea acută și unul pentru cea cronică.

a) *Intoxicațiunea acută:* 1) stare de hebetudine (trecătoare) asemănătoare celei consecutive unui traumatism cerebral, unei mari comoțiuni psichice; 2) instalarea unui delir sub forma de *mania transitoria;* 3) amnezia *simplă* — care nu privește decât accidentul; *retrogradă* sau *retro-anterogradă*, de durată mai lungă și în care amintirea accidentului rămâne ștearsă; 4) faza inițială a demenței.

Capacitate civilă redusă: responsabilitate penală atenuată.

b) *Intoxicațiunea cronică:* 1) slăbirea progresivă a inteligenței care poate ajunge până la demența paralitică; 2) abulie; 3) insomnie, coșmaruri; 4) cefalee paroxistică, migrene (uneori cu forma oftalmică).

Capacitate civilă redusă; responsabilitate atenuată.

45. Psichosele inchisorii

Sunt formele de alienație mintală ce isbucnesc in timpul detențiunii (preventivă sau definitivă) și se caracterizează, de regulă, prin: 1) turburări cu alură halucinatorie; 2) paranoia acută cu halucinații intense.

Ingrijite, psichosele acestea sunt repede curabile; neglijate, devin cronice și imbracă forme tardive de demență precoce și, *la liberare, dementul e lovit de incapacitate civilă și nu i se poate imputa decât o responsabilitate atenuată.*

46. „Folie à deux" — nebunia comunicată

E o adevărată infecțiune psichică, in care, prin contagiunea consecutivă unei convietuiri permanente sau chiar numai a unei frecventări asidue (prin influența demonstrațiunii, a persuasiunii, a sugestiunii și a spiritului de imitație), o persoană sănătoasă capătă ticurile, devierile de judecată, maniile, impulsiunile bolnavului cu care e în contact. De observat, însă, că nebunia caracterizată nu se transmite niciodată. Se notează mai ales: in căsniciile din dragoste ori în acele în cari soțul desechilibrat exercită un ascendent puternic asupra soțului sănătos; la personalul ospiciilor de alienați; in școli, unde câte un elev, din simpatie și convingere, adoptă ideile smintite ale profesorului atins de o afecțiune cerebrală; în internate, cazărmi, etc.

Capacitate civilă redusă (consiliu judiciar); responsabilitate atenuată.

47. Psichozele beției

Turburările mintale, datorite alcoolului și stupefiantelor, se manifestă printr'o stare de inconștiență — *beția fiziologică* ori *beția patologică.*

a) In orice stare de *beție fiziologică* se deosebesc două faze: una de escitare și una de represiune.

In faza de escitare se notează frecvent: escese de limbaj, de atitudine și de gesturi, o iritabilitate capabilă de a se traduce prin acte de violență, deslănțuirea instinctului genezic.

In faza de depresiune, care succede primei, beția se caracterizează printr'o inervare musculară atactică (nesiguranța în mișcări), confuziune de idei, impreciziunea percepțiunii, lacune mnezice, pierderea noțiunii de timp și spațiu, greutate în exprimare, instalarea somnolenţei care se'ncheie printr'un somn greu de o durată variabilă, deobiceiu prelungit.

b) In *beţia patologică* — observată la indivizii atinşi de afecţiuni intolerante faţă de băuturi alcoolice (leziuni craniene, boli cerebrale, epilepsie) — lipsesc semnele notate în beţia fiziologică. Individul, deşi e stăpân pe mişcări, ideaţiune şi vorbă, are însă concepţiuni confuze despre situaţie şi anturaj, ceeace-l face să comită acte cari apar ca un produs al unei stări halucinatorii, deci cu o obnubilare pasageră a conştiinţei morale. — Beţia patologică se poate uneori confunda cu turburările epileptoide pentrucă şi la ea se înregistrează amnezia celor petrecute în timpul inconştienţei, dar nu întotdeauna o amnezie definitivă (se observă o trezire în chiar cursul beţiei, isbucnirea unei flăcări a conştiinţei, la lumina căreia bolnavul se căeşte, mărturisindu-şi fapta delictuoasă pentru care e urmărit); definitivă e amnezia atunci când individul a adormit: nu-şi mai aduce aminte nici de fapta, nici de mărturisirea eventual făcută. (Un individ care, sub imperiul beţiei patologice, a comis un delict şi în urmă a pierdut amintirea faptei, în timpul detenţiunii a devenit maniac procesiv, susţinând că e victima unei erori judiciare, iar după ieşirea din temniţă n'a mai contenit cu acţiunile în revizuire — *Petren*, 1928).

Transiţia între o beţie fiziologică uşoară şi beţia patologică o formează starea provocată de influenţe externe cum ar fi brusca schimbare de temperatură (trecerea dela atmosfera caldă a cârciumii la frigul de afară) ori modificările psichice datorite unor afecte preexistente ameţirii.

A. Alcoolismul, prototipul intoxicaţiunilor, e cea mai comună dintre psichozele beţiei (*„Eau de vie, eau de mort; si elle fait vivre ceux qui la vendent, elle fait mourir ceux qui la boivent“* — Guy Patin. „Alcoolismul degradează progresiv pe individ şi descendenţa lui; în patru generaţii, o familie alcoolică dispare complect“ — *Morel*).

Dintr'o statistică recent întocmită (1926) extragem următoarele date, în ce priveşte efectele nimicitoare ale alcoolismului în România şi cari ne scutesc de orice comentarii:

I. — **Alcoolicul:** 60% din *crimele săvârşite la ţară*; 46% din cazurile de

II. — **Progenitura alcoolicului:** 22% din copiii tuberculoşi; 19% epileptici, diverse forme ale alienaţiei mintale.

52.460 cârciumi.

imbecili, idioţi; mortalitate infantilă (până la 5 ani) de 48%.

III. **Prejudicierea apărării naţionale:** 25% dintre sorţarii respinşi de consiliile de recrutare.

IV. — **Prejudiciul adus educaţiei, moralei şi instrucţiunii:** faţă de 13.120 *şcoli* şi 13.622 *biserici* câte sunt pe întreaga întindere a ţării, avem *52.460 cârciumi.*

V. — **Paguba pentru economia naţională:** 16 miliarde de lei consumul anual al băuturilor alcoolice; 7 miliarde lei pe an valoarea cerealelor şi a altor produse alimentare transformate în băuturi alcoolice; 4—5 miliarde pe an reprezintând pierderile indirecte ce alcoolismul le căşunează economiei naţionale. In total 27—28 miliarde pe an — aproape trei sferturi din cifra bugetului general al României-Mari şi cam tot atât din cifra anuală a exportului ţării. Sumă fantastică şi mai bine reliefată de disproporţia între ea şi cifrele reprezindând spiritul de economie al populaţiei: nici 700 milioane depuneri la toate băncile populare din ţară, 200—250 milioane depunerile la Casa de Depuneri, Consemnaţiuni şi Economie.

Pasagere in alcoolismul acut sau mai bine zis în beția ocazională, fenomenele de turburare mintală caracteristice și permanente se notează în *alcoolismul cronic:* insuficiența percepțiunilor, slăbirea atenției, lacune mnezice în ce privește recentul, spiritul bănuitor, vorbe fără șir, irascibilitate, necuviință în vorbă și în port, treptata abolire a voinței, imposibilitatea de a rezista atracțiunii alcoolului, neglijarea îndeletnicirilor. Starea creată de intoxicațiunea alcoolică e, după unii, o fază de transiție între omul indemn și faza mecanică a demenței, după alții o demență caracterizată în care liberul-arbitru e cu totul suprimat. *Wagner-Jauregg* nu consideră inferioritatea conștiinței morale a alcoolicului ca un efect al intoxicațiunii cronice, ci alcoolismul cronic ar fi un produs al acestei inferiorități preexistente, de origine congenitală sau dobândită. Și tot după psichiatrul austriac, alcoolismul cronic se identifică atunci când, în intervalul de abstinență forțată, apar următoarele două semne caracteristice: 1. *tremor alcoholicus* (care e foarte pronunțat dimineața, la trezirea din somnul beției și dispare sau e considerabil atenuat imediat după o nouă alimentare cu alcool); 2. *vomitus matutinus* — vărsături matinale cu un lichid apos sau mucos, fără resturi de mâncare și cari, deasemenea, dispar sau se atenuează printr'o nouă alimentare cu băuturi alcoolice.

Oricum, efectele intoxicațiunii — chiar numai în alcoolismul acut — sunt dezastruoase și se caracterizează prin: 1) tendință la stare de beție; 2) impulsiuni violente, la temperamente irascibile; 3) la unii, antagonism între escitabilitate motrice și activitate sensorială; 4) la mulți arterio-sclerotici, cea mai mică excitație provoacă o reacțiune histerică; 5) impulsiune la sinucidere (sinuciderile cresc în raport cu mortalitatea, ambele favorizate de alcoolism). Iar in ce privește acțiunea alcoolului asupra organismului, *Graf* (1928) a stabilit, pe cale de experiență comparativă (cu acelaș individ și cu acelaș conținut de alcool în băutură), că mai precoce sunt efectele datorite băuturilor tari (rachiu, licheururi) decât cele datorite vinului.

Turburările mintale, cari alcătuesc formula simptomatologică a intoxicației alcoolice cronice, iau următoarele forme:

a) **Delirium tremens** — forma acută a demenței alcoolice. Foarte agitat adesea cu convulsiuni epileptiforme, bețivul sbiară, amenință, are halucinații vizuale (vede șoareci, pisici, șerpi, fantome, schelete) și, în groaza de care e cuprins, caută să fugă, comite atentate la viața altora (dușmani imaginari), încearcă să se sinucidă sau își găsește moartea accidental, în cursul stărei de obnubilare în care se află. (Un măcelar, în inchipuirea lui că soția îl lovește în cap, se scoală, pune mâna pe cuțit și, după ce taie nefericitei femei gâtița, o spintecă așa cum obicinuia să spintece vitele la abator).

De observat că *delirium tremens* apare și după o subită întrerupere a intoxicației alcoolice: el se notează foarte des la alcoolicii ținuți în prevenție sau definitiv condamnați și astfel lipsiți de otrava cu care li s'a obicinuit organismul.

b) Delirul melancolic caracterizat prin halucinațiuni vizuale și auditive și constituirea unui sistem de idei de persecuție. Alcoolicul aude zgomote sinistre, voci care-l acuză sau îi anunță o moarte apropiată, se teme să nu fie otrăvit; are furnicături, dureri fulgerătoare, tremurături, tresăriri, crampe, insomnie. Sub imperiul groazei e pusilanim, solicită protecție împotriva inamicilor închipuiți și nu rareori caută scăparea în sinucidere.

c) Halucinația geloziei. — Alcoolicul e de o gelozie feroce față de femeea cu care trăește (soția legitimă, concubina), față de amant (dacă e homosexual), față de copiii pe cari îi ademenește pentru satisfacerea poftelor sale venerice. Nu odată se înregistrează atentate la viața persoanei obiect al geloziei; în schimb deobiceiu bețivul își cruță rivalul real sau imaginar. — Halucinația geloziei dispare în perioada de abstinență.

d) In dipsomanie, alcoolul nu joacă rolul agentului creator, ci accesele periodice de beție sunt urmările unei degenerări psichice de natură ereditară ori consecutivă unei afecțiuni cerebrale sau unui traumatism al capului *(Wagner-Jauregg)*. Dipsomanul (care în intervalele libere are judecata întreagă) e în stare de obnubilare a simțului moral: nu are scrupule în procurarea mijloacelor de a-și satisface patima beției, iar în accesele epileptoide e capabil de orice crimă și, odată trezit, nu-și mai aduce aminte de nimic.

e) Epilepsia alcoolică — accese epileptice ce isbucnesc fie în delirul alcoolic fie și subit în perioada de alcoolizare (accesele epileptice nu se notează niciodată în perioada abstinenței voite ori forțate).

Flora delictuoasă a alcoolismului. — Otrava alcoolică e agentul generator al întregii game de infracțiuni din cadrul codului penal: defăimare, calomnie, lovire, încăerare, rănire gravă, atentat la pudoare, incest, omor, cerșetorie, escrocherie, furt, spargere, incendiu (*„Ebrietas est flagitiorum omnium mater, radix criminum, origo vitiorum, turbatio capitis, subversia sensus, tempestas linguae, procella corporis, naufragium castitatis, insania voluntaria, turpitudo morum, dedecus vitae, honestitatis, infamia et animis corruptella”* — Despeisses).

Delictele și crimele săvârșite sub imperiul beției se înregistrează mai frecvent în noaptea de Sâmbătă spre Duminică (după ce lucrătorul și-a primit plata săptămânală) și în celelalte zile de sărbătoare. — Bețivul e recidivist și, de regulă, cu aceeaș formă a infracțiunii.

Din 2.493 alcoolici observați timp de 9 ani, 1.664 (adică aproape 66%) au comis acte antisociale și imorale *(Legrain)*. Din 516.000 condamnați, 172,000 (38%) au comis delicte și crime în stare de beție (alcoolism acut sau alcoolism cronic), iar din restul de 344.000 mai bine de 10% erau copii de alcoolici *(Hoppe)*. 74% dintre delicvenții examinați abuzau de alcool *(Marro)*. Din 1.173 copii imbecili, idioți, epileptici și isterici, 677 aveau tată alcoolic și 59 mame alcoolice *(Bourneville)*. 48% dintre copiii criminali aveau părinți alcoolici *(Dr. Louise Rabinovitch)*. 60% dintre condamnații pentru omor și tentativă de omor (în Anglia) erau alcoolici și cu drept cuvânt marele *Gladstone* a denunțat pericolul: „Alcoolismul pricinuește mai multe nenorociri decât cele trei flagele istorice: foametea, ciuma și răsboiul”.

Un caz tipic de grozăvia efectelor alcoolismului în una și aceea familie, în cursul a mai multor generații: „Ada Juke, născută in 1740 și moartă la începutul secolului XIX, a fost o bețivă, hoață și vagabondă. Din ea au derivat 834 urmași, dintre cari se știe soarta a 709. Dintre aceștia din urmă: 106 au fost copii din flori, 142 cerșetori, 64 in sarcina societăților de binefacere, 161 prostituate și 76 criminali (cu 7 asasini). In 75 ani, această singură familie a grevat bugetul Statului cu întreținerea in închisoare și cheltueli de urmărire și judecată cu suma de 6.250.000 franci" *(Pelman)*.

* * *

Poate fi beția invocată ca o scuză in înțelesul articolului 57 c. p.? Chestiunea e delicată, deși legea precizează că e vorba de „pierderea uzului rațiunii *prin cauze independente de voința sa*". E starea de beție, astfel cum am descris-o pentru alcoolismul cronic, o formă a turburării sau chiar a suprimării conștiinței morale dependentă de voința delincventului? Deoarece după cum a observat și *Garnier*, „alcoolismul e cel mai formidabil agent generator in producerea celor două varietăți de degenerare cari au atâtea puncte de atingere: *nebunia* și *crima*", in cazul alcoolicului s'ar putea aplica „starea de smintire" despre care vorbește acelaș art. 57 c. p.

Doctrina și jurisprudența însă sunt contra acestei interpretări: „Beția e o circumstanță agravantă a infracțiunii" *(Tordia)*. — „Beția, care privează pe om de minte, e un fel de nebunie artificială, o frenezie momentană care, în ochii legii, îngreuează crima" *(Blackstone)*. — „Beția nu poate fi invocată ca o scuză, deoarece pierderea rațiunii prin beție nu provine din cauze independente de voința acuzatului" *(Cas., S. II*, 1870) Dar instanța supremă n'a stăruit in această concepție, pentrucă, după trecere de 27 ani, aceeaș secțiune revine și statuează: „Numai *beția complectă poate să ridice omului responsabilitatea sa*, o stare de beție ușoară ar putea cel mult, după împrejurări, să micșoreze gravitatea faptului, iar nu să înlăture orice răspundere". *(Cas., S. II, 1897)*.

Tanoviceanu examinează beția ca generatoare a infracțiunii, in următoarele trei condițiuni: 1. O persoană se îmbată înadins in vederea infracțiunii, fie pentru a-și crea o circumstanță atenuantă, fie pentru a-și face curaj întru săvârșirea infracțiunii. *Nu poate exista atenuare*, pentrucă beția e in funcțiune de voința hotărîtă a infractorului. — 2) O persoană se îmbată fie lucrând la substanțe alcoolice, fi silită cu forța, fie prin medicamentele luate. *Se va face dovada pierderii involuntare a uzului rațiunii*. Absolutiunea era acordată și de Pravila lui Matei Basarab: „Când se va îmbăta neștine cu înșelăciune, mai vârtos când va meșteșugi cineva să-l îmbete, atunci orice va greși nu numai va șovăi pentru să scape, ci încă nu se va certa cât de puțin". — 3) O persoană se îmbată din cauză că suferă de năravul beției, ori se îmbată fiindcă a băut prea multă băutură alcoolică și în această stare comite infracțiunea. *E responsabilă*, nu poate fi asemuită cu un nebun. — La aceste trei spețe vom adăuga o a patra: Un individ, fără să vrea, fără să-și dea seama, e atras în cursă, îmbătat de alții și, în această stare de pierdere momentană a uzului rațiunii, comite o infracțiune, fie din propriu impuls, fie sub imperiul unei sugestiuni. E el responsabil în sensul poruncii legii penale?

Am expus numai laturile chestiunii, fără a voi să ne rostim, pentrucă aprecierea ultimă în materie de responsabilitate aparține judecătorului. Totuș, e de netăgăduit că intoxicația alcoolică — indiferent de forma ei *acută* sau *cronică* — răpește individului, într'un grad mai mare sau mai mic, facultatea discernământului. Și ca legea să poată rămâne mută la argumentele științei, ar trebui ca puterile organizate în Stat să înlăture agentul de desagregare a conștiinței morale, dacă nu prin suprimarea, cel puțin printr'o îngrădire, cu sancțiuni aspre, a consumațiunii băuturilor alcoolice: *sublata causa tollitur effectus*. Câtă vreme însă alcoolismul e încurajat prin înmulțirea brevetelor de cârciumi, bodege, etc., societatea nu are autoritatea morală de a face numai pe individ răspunzător de actele comise în starea de tocire a simțului moral și de obnubilare a minții — datorite intoxicației alcoolice. Ce conștiință să pretinzi unei persoane alcoolizate care, în turburarea mintală, distruge propriu-i avut, atentează la propria-i viață? (Într'o seară, o sentinelă aude, în apropiere de ghereta ei, un sgomot suspect și, cercetând, vede o femee beată pe punctul de a se spânzura de craca unui copac. O gonește, femeea se îndepărtează spre a se opri din nou, tot cu gândul de a-și pune sinistrul proect în aplicare. La alarma dată de sentinelă, vine postul de gardă și o conduce pe nenorocită până într'o stradă dosnică. Nestingherită, în sfârșit, alcoolica reușește să se spânzure — *Lasègue)*.

Deaceea socotim că, în anumite împrejurări și în conformitate cu decizia din 1897 a Curții de Casație, beția e cuprinsă în noțiunea „pierderea uzului rațiunii prin cauze independente de voința sa". Sancțiunea penală trebuie atenuată pentru cel care, neintenționat, s'a îmbătat; iar în ce privește pe alcoolicul cronic, pedeapsa n'ar avea efectul urmărit, dacă ea n'ar avea ca urmare și un regim nu numai de desintoxicare a organismului, dar și de restaurare a simțului moral și de reeducare a voinței (o detențiune forțată, chiar peste termenul pedepsei, într'un stabiliment special).

Odată admisă, cu restricțiunile indicate, atenuarea responsabilității, trebuie să se facă și dovada intoxicației alcoolice în momentul săvârșirii actului incriminat: „*Ebrius non praesumitur; onus probandi incumbit alleganti*" (Farinacius). Și astfel, expertului îi revine sarcina de a lumina justiția atât asupra efectului pe care a putut să-l aibă intoxicația alcoolică acută (adică asupra unui individ care nu bea din obicinuință), cât și asupra ravagiilor cauzate de alcoolismul cronic. Când e vorba de beția ocazională, expertiza va stabili toleranța individului pentru alcool, spre a confirma sau infirma că o cantitate dată de băutură de o anumită calitate a putut provoca eclipsa conștiinței morale: deasemenea va ține seama de împrejurările în cari s'a putut produce starea de ebrietate: starea sufletească (iritație, emoție, supărare mare), temperatura încăperii în care individul a băut.

(In ce privește procedeele de identificare a prezenței alcoolului în organismul individului pentru care se invoacă scuza beției, le expunem la capitolul „Otrăvurile". vol. II).

In general, incapacitate civilă, în stare de beție.

B) **Stupefiantele,** ca și alcoolul, exercită o acțiune de detracare a sistemului nervos, cu obnubilarea parțială sau totală a conștiinței morale. Efectul e cu atât mai dezastruos cu cât beția prin stupefiante a devenit o obicinuință, creând astfel afecțiunile cunoscute sub numele de: morfinismul cronic, cocainismul cronic.

a) MORFINISMUL. – Semnele caracteristice acestei intoxicațiuni sunt pozitive și negative. *Pozitive:* contracțiunea pupilară, paloarea isbitoare a feței. *Negative,* cari apar după cel mult 24 ore dela abstinența forțată: dilatația pupilară, strănut, sughiț, sudoare rece, anxietate, vărsături, diaree. Ca indicație se mai poate lua prezența urmelor injecțiilor subcutanate: mici infiltrațiuni, abcese, cicatrice. — Proba morfinismului se mai poate face și pe calea *reacțiunii lui Hecht:* o injecțiune intracutanată a unei soluții de morfină și care se manifestă prin apariția unei roșețe intense, mai mult sau mai puțin persistentă. Pe când la cel nedeprins cu morfina, reacțiunea aceasta se produce cu o soluțiune foarte slabă (1 la 1.000.000), la morfinomanul cronic ea nu se înregistrează decât cu o soluțiune mult mai concentrată (cel puțin 1 la 10.000).

Pe cadavru se notează un proces de degenerare gravă a întregului creer și îndeosebi a scoarței cerebrale.

Morfinomanul, robit de patima sa, nu mai e stăpân nici pe conștiința nici pe voința sa, e ușor sugestionabil, iar pentru satisfacerea nevoii de a se ameți cu stupefiantul, nu se dă înlături dela nici un mijloc (falsificarea de ordonanțe medicale, escrocherie, furt — pentru procurarea banilor necesari).

Morfinomanul, în stare de beție, e incapabil de a contracta și lua dispozițiuni: în ce privește responsabilitatea penală, e o chestiune de apreciere, dacă se poate acorda beneficiul atenuării.

Cura de abstinență (eficace chiar în morfinismul inveterat) trebuie să fie energică, rapidă, dar nu brutală, spre a se preintâmpina dezastre, deoarece, în cazuri de psicho-nevroză constituţională, afecţiunea aceasta, agravată prin intoxicaţie, poate isbucni în forme extrem de violente, atunci când regimul abstinenţei e introdus brusc *(Goroog-Saltan*, 1928). Cura trebuie să fie sistematică, sub priveghierea unui medic şi, de preferinţă, într'un stabiliment de desintoxicaţie. Lăsat la propria lui iniţiativă, morfinomanul cel mai bine intenţionat cade din nou pradă patimii, de îndată ce are posibilitatea de a se reintoxica.

b) COCAINISMUL are efecte mai mari ca morfinismul, distrugând aproape complect simţul moral şi limpezimea judecăţii. In starea de beţie, însoţită uneori cu deliruri, cocainomanul e incapabil de a dispune de persoana şi averea sa şi capabil de delictele cele mai grave.

Identificarea cocainismului nu se poate face nici prin provocarea unor semne caracteristice (ca la morfinismul şi alcoolismul cronic) în răstimpul abstinenţei forţate, nici pe calea unei reacţiuni (ca pentru morfinism). Singurul semn indicator al cronicităţii patimei e unul anatomic: un proces de ulcerare, cu perforarea ulterioară a septului nazal, — proces datorit iritaţiunii continue prin tragerea pulberei pe nas.

Incapacitate civilă; responsabilitatea penală după aprecierea suverană a judecătorului.

Din nenorocire, cocainismul a început să facă victime şi printre copii cari se'nvaţă (influenţa mediului şi prin imitaţie) să tragă pe nas praful blestemat. *Dubrovici* (1928), într'un studiu asupra cocainismului infantil în Rusia, arată că din 151 narcomani minori supuşi curei de abstinenţă, 38 sunt recidivişti. La toţi cei 151, cocainismul data de 2—4 ani, cu o consumaţie zilnică medie de 3 gr.

La micii cocainomani, sensaţia iniţială de mulţumire face iute loc unei vii nelinişti care se manifestă printr'o mobilitate neobicinuită, prin acte impulsive, iluzii, halucinaţiuni persecutorii (în 30% halucinaţiuni tactile — senzaţia că trupul le e un câmp de explorare pentru o întreagă armată de insecte; foarte rare halucinaţiuni acustice). In ce priveşte iluziunile, caracteristica e mania adunării de peteci de hârtie, pe cari copilul le ia drept bani. In starea de beţie, copilul e insensibil la foame, frig, durere, insomnie (poate rămâne treaz timp de câteva nopţi în şir).

Iritabil, impulsiv, incapabil de a-şi afirma voinţa, minorul cocainoman e o pradă uşoară a sugestiunii streine şi, în năzuinţa lui la satisfacerea pornirilor josnice, minte cu neruşinare, fură, se dedă la onanism şi pederastie. Din cei 151 examinaţi, la 33% Dubrovici a constatat oligofrenie, la 20% psichopatie (forme epileptoide şi schizoide), restul de 47% aveau psichicul normal.

Efectele organice ale intoxicației: extenuare, atrofia țesutului grăsos subcutanat, slăbirea musculaturii, oprire în desvoltare (infantilism), pielea veștedă, uscată, gălbue, încrețită; în numeroase cazuri, hipoplazie a aparatului genital. — In 15% din cazuri, turburări cardiace și puls slab, aritmic. In unele cazuri, fenomene de tuberculoză; în altele, dureri la palpare în regiunea ficatului. — Sistemul nervos: dermografism roșu, contracțiuni fibrilare la pleoape și limbă, tremurul mâinilor, uneori accentuarea reflexelor patelare. — In 90% din cazuri, perforarea septului nazal.

La suprimarea subită a cocainei nu apar semnele grave ale abstinenței: din chiar prima zi, o ușoară urcare a temperaturii, accelerarea pulsului cu aritmie, depresiune psichică, senzație vie de foame, somnolență, dar toate aceste semne dispar în mai puțin de o săptămână.

48. Psichoza sedativelor

Un caz de psichoză a intoxicației cu bromul: O psichopată, cu turburări endocrine, ia, timp de 9 luni, o sticlă și jumătate de „mixtura nervina" (compoziție bromată), în doze zilnice de câte 24 gr. Se îmbolnăvește cu simptome, neconfirmate, de paralizie: în realitate se notează: turburări în articulația cuvintelor, halucinație, afectibilitate, ideație paranoică. Numai accidental s'a putut pune diagnosticul: prin suprimarea bromului s'a agravat tabloul psichotic (*Möllendorf*, 1928).

49. Turburările consecutive encefalitei epidemice

Se notează fenomene psichopatice și pseudo-psichopatice cari influențează asupra discernământului, după gradul de gravitate a leziunii cerebrale.

50. Agonia

Ea interesează medicina-legală atât pentru stabilirea condițiunilor în cari s'a produs moartea (se poate întâmpla ca muribundul să fi fost victima unui atentat în chiar cursul agoniei), cât și pentru determinarea stării mintale în care s'a găsit muribundul în momentul când sau a exercitat un drept conferit de codul civil (donațiune, testament, căsătorie *in extremis*, recunoașterea unui copil natural, adopțiune), sau a depus ca martor ori a făcut o mărturisire, sau însfârșit a săvârșit un delict sau quasi-delict, ori chiar o crimă, ceeace ar angaja responsabilitatea lui civilă — *recte* a moștenitorilor. E de mult verificat că agonicii deliranți — în inaniție, alcoolism, pelagră, turbare, epilepsie — sunt capabili de loviri grave, de răniri (cu cuțitul sau cu arma de foc) și chiar de omor. Urmează deci că expertul poate fi chemat: 1) să examineze starea unui muribund; 2) să lumineze justiția asupra stării probabile în care s'a găsit decedatul în perioada imediat anterioară morții, precum și asupra duratei agoniei.

Agonia (*„la dernière nuance de la vie"* — Buffon) fiind de fapt o axfixie lentă (Jaccoud), omul artei poate fi chemat fie înainte de instalarea semnelor ei particulare, fie după constituirea tabloului simptomatologic: *agonia iminentă* și *agonia confirmată*. Agonia poate fi numai *aparentă* (întocmai precum există o *moarte aparentă)*, prin interpretarea greșită a fenomenelor unei faze a evoluției bolii, precum poate fi și simulată.

Agonia poate și lipsi: în moartea subită și în starea de decreptitudine. In adevăr, în afecțiunile cari nu interesează nemijlocit nici creerul, nici inima, nici plămânii, boala nu e decât o cauză indirectă a morții generale și ea rezultă din turburările adânci create de starea patologică în centrii vieții (sistemul nervos, aparatele circulator și respirator): respirația se îngreuează, hematosa se face anevoie, arterele duc la organele deja slăbite un sânge negru, propriu să le anihileze acțiunea, iar nici decum să le-o restabilească.

a) Agonia iminentă e caracterizată printr'o ameliorare înșelătoare, urmată însă numai decât de extenuarea forțelor, de subdelir, de alterarea trăsăturilor și de o jenă respiratorie.

b) Agonia confirmată, care variază ca durată (6—18 ore, excepțional și mai mult) și ca simptome psichice (după însăș natura bolii), e caracterizată prin:

1. *Treptata abolire a tuturor funcțiunilor esențiale ale vieții.*

2. *Procesul de asfixie* (primitivă în sucombarea prin aparatul respirator: asfixie secundară, când moartea își are originea în inimă și encefal).

3. *Spumă bronchică.*

4. *Treptata slăbire a senzațiilor până la dispariție într'o ordine determinată* (substanțele cele mai sapide nu mai trezesc gustul, *simțul* olfactil nu mai e escitat de mirosurile cele mai tari; ochii se înpăenjenesc și pierd din lucirea lor din cauza unui strat vâscos care se depune pe ei).

5. *Contractarea irisului* (cu brusca lui dilatare în momentul morții).

6. *Dilatarea pupilelor* și insensibilitatea lor la acțiunea luminii (dovedită prin imobilitatea pleoapelor și direcția fixă a globului ocular).

7. *Inerția sistemului muscular.*

8. *Scăderea treptată a temperaturii cu o răcire accentuată a extremităților* (sunt boli — febrele eruptive, meningita, tifosul — în cari instalarea agoniei se manifestă tocmai printr'o urcare a temperaturii).

9. *Auzul supraviețuește vederii* și, afară de cazurile de surdimutitate, muribundul mai poate fi capabil ca, printr'un murmur abea perceptibil, prin semne, mimică să arate c'a înțeles ce i se spune și să răspundă, în limitele posibilității, la întrebările ce i se pun. (Reamintim recomandația făcută în deontologia medicală — „Datoriile medicului față de bolnavi; vol. I, pag. 169 — că, agonia trebuind cruțată, e interzis medicului de a vorbi, de față cu muribundul, de iminența sfârșitului acestuia).

10. *Simțul tactil*, cel mai persistent, se manifestă automatic, prin *mișcări carfologice* (mânile muribundului sunt în continuă agitare, par a voi să prindă obiecte imaginare ce ar pluti deasupra patului, apucă plapoma, cearșeafurile).

11. *Alterarea pronunțată a fizionomiei* (paloare extremă, cu cianosă parțială) și *imobilitatea corpului*.

12. *Respirație rară, inegală* (ritmul Cheyne-Stockes), laborioasă, însoțită de *ralul tracheal* și de *stingerea complectă a vocii*.

13. *Limba* lividă, uscată, acoperită cu un gros strat lipicios.

14. *Deglutiția extrem de anevoioasă*.

15. *O sudoare rece și vâscoasă* scaldă tot corpul.

16. *Pulsul*, mai întâiu filiform și intermitent în arterele antebrațului, sfârșește prin a dispare.

17. *Bătăile inimii*, cari mai pot fi percepute (chiar după încetarea pulsului), fie prin auscultație, fie aplicând mâna în regiunea precordială, se sting și ele și imediat după aceasta se închee și ultimele svâcniri ale funcțiunii respiratorii, printr'o ultimă expirație.

In ce privește fenomenele psichice, e de observat că ele diferă după însăș natura bolii de care moare individul:

A) In bolile în cari deobiceiu nu se notează o stare de delir, *inteligența e conservată*. Așa, în moartea curat marastică și în finalul bolilor cronice *(în cari creerul e cruțat)*, agonia are tipul unui colaps treptat care, sau *subit* sau *după un stadiu saporos*, duce la moarte. Când colapsul se întrerupe brusc, muribundul poate păstra luciditatea spiritului până'n ultima clipă; dimpotrivă, această luciditate nu durează decât până la intrarea în coma, atunci când colapsul e prelungit. — In alte cazuri, *agonia e precedată de o stare de somnolență care*, sau imediat sau după faza transitorie a amorțirii, duce la moarte. Tipul acesta, observă *Wagner-Jauregg*, aduce cu o narcoză artificială „narcoza acidului carbonic" a vechilor autori. In somnolență, se produce o stare de amețire: cu toate că, chemat pe nume, scuturat, muribundul se trezește, dar el nu mai e capabil să-și dea seama de nimic (cu atât mai puțin, dacă subsistă reminiscențe de delir).

E de observat că delirul se notează numai *excepțional* într'un întreg grup de boli: ftizia pulmonară, afecţiunile cardiace şi hepatice, cancerul stomacului şi al intestinului, hemoragiile şi marea majoritate a leziunilor chirurgicale. — Delirul nu se notează niciodată in agonia reumatismului acut (afară de reumatismul cerebral), a pleureziei, pericarditei, peritonitei şi, în genere, în stările morbide ale seroaselor.

B) Delirul e dimpotrivă un fenomen simptomatic în toate afecţiunile encefalului (inflamaţia meningelor, meningita acută simplă, meningita cerebro-spinală, congestia cerebrală difuză, hemoragia cerebrală, tumorile creerului). In toate aceste boli, agonia e caracterizată printr'o accentuată obnubilare a inteligenţei, pierderea complectă şi definitivă a cunoştinţei până in clipa expirării.

C) In bolile în cari creerul e numai secundar interesat, facultăţile mintale sunt in stare *mixtă*, — stare sugestiv caracterizată de Legrand du Saulle: *„le malade a en quelque sorte un pied dans le camp de la raison et l'autre dans celui du délire"*. In această stare agonică se mai pot produce in creer reflexe (Matematicianul Lagny nu-şi mai recunoaşte prietenii adunaţi la căpătâiul său. Totuş, unul din cei de faţă întrebându-l cât face de 12 ori 12, răspunse cu glasul abea perceptibil: 144).

D) In bolile febrile acute, agonia începe deobiceiu cu un colaps şi se termină cu sopor. Dacă înainte de agonie a existat delir, acesta continuă şi in timpul acesteia.

Păstrarea cunoştinţei până în ultima clipă e mai frecventă in bolile cronice decât în cele acute şi febrile.

După boli foarte lungi, când sângele e simţitor sărăcit, sistemul nervos devine de o mare impresionabilitate, cea mai neînsemnată cauză putând turbura funcţiunea gândirii; se instalează ceeace Legrand du Saulle numeşte *„la terreur des mourants"* (subdelirul întreţinut de halucinaţii, iluzii ale simţurilor), stare ce, temporar, poate face loc unui scurt interval de semi-luciditate. — In atari agonii unii au crezut să poată nota chiar o retrezire complectă a inteligenţei, iar la alienaţi o reapariţie a conştiinţei, — ceeace autorii vechi desemnau sub numele de *extasis, morientium vaticinatio*. Fenomenul e explicat de *Krafft-Ebing* printr'o cedare a delirului, luată drept o complectă dispariţie a acestuia; dar *Wagner-Jauregg* e de părere, că greşit se ia drept o redeşteptare a inteligenţei ceeace în realitate nu e decât o simplă exaltare, fără existenţa conştiinţei momentului hotăritor: *„On sort de la vie comme on y est entré, c'est-à-dire sans s'en douter"* (Lacassagne).

In rezumat, facultăţile intelectuale sunt conservate intacte in agonia bolilor in cari sunt atinse inima şi plămânul, iar creerul e cruţat, adică subsistă o *stare cerebrală fiziologică*. — In *starea cerebrală patologică* (in primul loc e interesat creerul), facultăţile intelectuale sunt abolite. — In *starea cerebrală mixtă*, facultăţile intelectuale sunt numai zdruncinate, mai subsistă o licărire de discernământ.

⁂

Agonia, am relevat-o, prin importanţa actelor vieţii civile săvârşite *in extremis* şi valoarea declaraţiunilor pe cari muribundul le poate face, prezintă un deosebit interes pentru justiţie. Deaceea ţinem să reamintim ceeace am spus în partea consacrată deontologiei medicale (Vol. I. pag 244 — „Grăbirea morţii bolnavului incurabil") cu privire la eutanasie: sub nici un cuvânt medicul nu are dreptul să scurteze agonia, oricât de chinuitoare ar fi ea. (*Desgenettes*, rugat de Napoleon să administreze ciumaţilor din Jaffa câte o doză puternică de opium, a răspuns: *„Mon devoir à moi, c'est de conserver"*).

Sunt chiar împrejurări, în cari se cere medicului-expert să prelungească artificial agonia muribundului, fie pentru confirmarea unor dispoziţii testamentare în forma autentică, fie pentru înregistrarea unei mărturii, fie, însfârşit, pentru obţinerea unei mărturisiri. Prelungirea aceasta a stării agonice a fost cu succes practicată, prin inhalaţii de oxigen prin injecţiuni venoase de apă simplă sau de ser fiziologic *(în doze masive)*.

Starea mintală a muribundului se identifică în cursul agoniei sau după moarte. In acest din urmă caz, expertul, în afară de examinarea conţinutului actelor exprimând ultima voinţă a mortului, procede la autopsia cadavrului: pe de o parte pentru notarea unor eventuale leziuni interesând funcţiunea cerebrală, pe de alta pentru fixarea cu aproximaţie a duratei agoniei, prin docimazia hepatică *(vezi vol. I, pag. 485—489)* a cărei valoare e definitiv demonstrată graţie investigaţiunilor făcute în acest domeniu de *Etienne Martin* („De la docimasie hépatique" 1902, 1906). Autopsia mai serveşte la determinarea adevăratei boli de care a murit individul, spre a se vedea dacă afecţiunea era dintre acelea cari exclud ori nu posibilitatea conservării lucidităţii spiritului. Expertul se va pronunţa cu prudenţă.

51. Bătrâneţea

E şi ea o stare quasi-patologică — o tranziţie de multe ori insensibilă între sănătatea trupească şi sufletească şi agonia lentă — stare în care *„le temps se charge de déployer un voile sur ses facultés"*. Bătrânul, în gradul înaintat de decrepitudine fizică şi de ramolisment cerebral, poate contracta obligaţiuni (în civil) sau săvârşi acte (în penal) cari să necesite un examen medical, pentru stabilirea discernământului. Expertiza medico-legală e de multe ori reclamată şi după moartea unui bătrân, spre a se verifica (prin mărturii, conţinutul şi forma actelor scrise) dacă, la o dată determinată, mai era în posesiunea neştirbită a facultăţilor sale mintale.

52. Pierderea cunoştinţei

Ea poate fi consecutivă unui grav traumatism, cu sau fără hemoragie (atentat, sinucidere sau accident) sau unei boli generale. Individul a murit şi expertul e întrebat dacă, date fiind circumstanţele de fapt, decedatul a mai putut să-şi recapete luciditatea pentru a lua dispoziţii testamentare ori a face declaraţiuni cari eventual să intereseze acţiunea în urmărire penală. In teză generală, pierderea cunoştinţei, atunci când nu sunt semne vizible, nu se poate dovedi anatomiceşte, la autopsie. Numai grave fracturi craniene cu focare de contuziune, leziuni şi hemoragii cerebrale pot demonstra suprimarea cunoştinţei. Dimpotrivă, comoţia cerebrală, chiar însoţită de un proces inflamatoriu al plămânului, nu condiţionează decât o pierdere de cunoştinţă pasageră.

53. Mici psichoze

E vorba de acele stări cari nu influenţează serios discernământul, nici pentru capacitatea civilă, nici pentru responsabilitatea penală.

a) **Mania indoelii:** — indeciziunea pentru executarea unui act, ori nesiguranţa dacă in realitate actul a fost săvârşit (deci o formă a amneziei in ce priveşte trecutul recent).

b) **Mania tactilă** — frica de anumite atingeri.

c) **Agorafobie** — senzaţie de ameţeală la trecerea printr'un loc sau printr'o stradă nefrecventată.

d) **Claustrofobia** — frica de a sta intr'o incăpere cu uşile şi ferestrele inchise.

e) **Claustrofilia** — mania de a sta cu uşile zăvorite, ziua namiaza mare, de teama hoţilor.

f) **Topofobia** — groaza de anumite locuri.

g) **Oniomania** — impulsiunea de a cumpăra, fără nici o nevoie, tot felul de lucruri.

h) **Onomatomania** — delirul numelor.

i) **Aritmomania** — delirul numerelor.

j) **Echolalia** — repetarea mecanică, fără nici un rost, a cuvintelor auzite.

k) **Coprolalia** — impulsiunea la vorbe obşcene.

l) **Copropraxia** — impulsiunea la gesturi obşcene.

m) **Zoofobia** — teama de animale.

III. Diagnosticul medico-legal

> *„Judecătorul trebue să se întrebe dacă date fiind antecedentele şi constituţia fiziologică a individului, elemente endogene nu influenţează aprecierea gradului de culpabilitate“.* — ANTHÉAUME

Expertiza medico-legală fiind un mijloc superior de informaţie, pus la dispoziţia justiţiei, o dovadă legală de un gen aparte *(Tarde)*, judecata nu se poate lipsi de demonstraţia ştiinţifică, ori de câte ori în spiritul ei se insinuează indoiala fie asupra capacităţii in civil, fie asupra responsabilităţii in penal.

Dovada aceasta legală, de o valoare de multe ori hotăritoare, expertul o administrează pe baza investigaţiunilor întreprinse, în lumina cunoştinţelor până aci expuse cu privire la acele „elemente endogene“ despre cari vorbeşte Anthéaume şi cari pot contribui la deformarea sau chiar totala abolire a discernământului (elemente pe cari *Ladame* le reduce la trei tipuri: 1) o concepţiune delirantă; 2) o turburare generală — mania; 3) o debilitate intelectuală congenitală sau dobândită: imbecilitatea, idioţia, demenţa).

Demenţa *(stare de smintire* inscrisă atât în codul civil cât şi în cel penal ca o cauză de suprimare a liberului-arbitru) constituind un motiv legal de incapacitate şi de iresponsabilitate, e necesar să fixăm, cari anume din procesele patologice condiţionează o gravă obnubilare a conştiinţei morale. — *Trochine* le grupează astfel:

1. *Absenţa demenţei caracterizate* în histerie şi în toate psichozele psichogene.

2. *Demenţa evolutivă până la demenţa absolută,* în paralizia progresivă.

3. *Demenţa în care forma absolută poate lipsi în:* psichosele traumatică, tumorală, polisclerotică, sifilitică, arterio-sclerotică; demenţa senilă, demenţa epileptică, demenţa precoce.

4. *Numai prima fază a demenţei (stadiul mecanic),* în psichozele intoxicaţiunii şi psichozele infecţiunilor.

5. *Demenţă discutabilă* în psichoza maniaco-depresivă şi paranoia.

Fireşte, această clasificare nu e ideală — şi ar fi şi greu, deoarece psichiatria încă n'a ajuns nici să identifice toate manifestaţiunile demenţei fixându-le un contur propriu, nici să le măsoare cu o preciziune matematică gradul de intensitate. Apoi, sunt demenţe fulgerătoare, a căror virulenţă, aşa efemeră cum este, e adesea generatoare de acte catastrofale.

Dar expertul nu trebuie să se mărginească la confirmarea sau infirmarea existenţei factorului producător al desechilibrului psicho-mintal, ci, pentru explicarea eventualei turburări a discernământului, are ca misiune de a determina pe de o parte originea anomaliei în structura sufletească şi cerebrală a individului, iar pe de alta, raportul între această anomalie şi actul incriminat precum şi împrejurările de fapt şi morale, în cari acesta din urmă a fost săvârşit.

Expertiza va avea deci un împătrit obiect: 1) *constatarea stării individului în prezent;* 2) *inducţiuni asupra stării în momentul săvârşirii actului;* 3) *cauzele generatoare ale stării anormale;* 4) *raportul dintre cauză şi efect*

Deoarece, însă, se poate întâmpla ca starea prezentă să nu coincidă exact cu cea descrisă sau presupusă a fi existat în momentul care interesează justiţia (intensificare, diminuare sau chiar absenţă totală — remisiune, intermisiune), ori starea prezentă să fie artificial exagerată sau chiar pe deantregul creată (simulare), sau, însfârşit, starea prezentă de calm şi raţiune aparentă (în materie de contestare a capacităţii civile) să nu fie decât produsul unei disimulări abile, — pentru toate aceste consideraţiuni, e necesar ca expertiza să înceapă prin anamneză şi numai după aceasta să treacă la examenul clinic.

A. Anamneza

1. **Antecedentele familiale.** — Fără a fi un element hotăritor pentru explicarea actului incriminat, ereditatea nu joacă mai puţin un rol însemnat în patogenia afecţiunii. Preexistenţa unei stări morbide (îndeosebi o psichoză epileptică sau epileptoidă, o psichoză periodică sau circulară), în linie directă sau colaterală, nu numai constitue o indicaţie preţioasă, dar şi înlesneşte identificarea unei psichoze latente sau disimulate.

2. **Antecedentele personale.** — a) *Vârsta prepubertară:* informaţiuni controlate cu privire la epoca în care a început să umble, să vorbească; procesul dentiţiunii; eventualele accese de epilepsie nocturnă, cu incontinenţă urinară.

b) *Vârsta pubertăţii:* anomaliile la instalarea maturităţii sexuale.

c) *Facultăţile intelectuale:* însuşirile sau lipsurile de cari a dat dovadă în anii de şcoală sau în anii de ucenicie pentru învăţarea unui meşteşug: capacitatea sau incapacitatea pentru a isbuti într'o anumită îndeletnicire; caracterul, temperamentul şi purtarea.

d) *O stare fiziologică şi patologică* de natură a altera funcţiunile cerebrale şi simţul moral: afecţiunile venerice, o boală acută sau cronică, modificările survenite în diversele perioade de desvoltare, menstruaţia, sarcina, facerea, surmenajul, superstiţia, fanatismul.

e) *Excesele de tot felul* caracteristice unei vieţi fără busolă: risipă, trândăvie, abuzul de alcool, intoxicaţia cu stupefiante, desfrânare sexuală.

B. Starea prezentă

1. **Examenul somatic.** — *Căutarea viciilor de conformaţie ori a semnelor de degenerare fizică; de turburări sau de insuficienţe funcţionale.* Acestea pot întrucâtva numai orienta pentru explicarea devierii în conştiinţa morală, dar în nici un caz nu pot fi acceptate ca un semn patognomonic al turburărilor mintale: *nu există un semn de degenerare propriu, specific alienaţilor şi criminalilor.* (Deformaţiunile craniene, de exemplu după cum am văzut, se întâlnesc şi la omul normal şi încă la unul superior. Anoma-

liile craniene — observă *Wagner-Jauregg* — au legături numai cu anumite manifestări de excitaţie şi de paralizie ca: strabism, ticuri, pareze, contracturi). Ceeace e incontestabil, e că sunt anumite forme de alienaţie mintală congenitală, cari imprimă fizicului pecetea lor (idioţia, cretinismul); dar aceste semne pot diferi dela individ la individ (idiot hidrocefal şi idiot microcefal). Semnele pot cel mult avea importanţa unor tare ereditare cari pot ori nu fi o sursă a alienaţiei mintale, dar nu se poate trage o concluzie *pro* sau *contra* din existenţa ori absenţa semnelor de degenerare.

2. **Examenul funcţiunilor cerebrale.** — a) *Cercetarea gradului de inteligenţă* (după vârstă, instrucţiune, îndeletnicire, mediu social).

b) *Puterea de percepţiune, de asimilare şi de elaborare, asociaţiunile de idei.*

c) *Puterea de memorizare şi aceeea a formării reprezentaţiunilor abstracte.*

C. Raportul între act şi starea mintală

1. Din prealabila consultare a dosarului şi din observaţia atentă a persoanei, expertul va căuta să-şi formeze convingerea:

a) *Dacă*, date fiind împrejurările de fapt, *există posibilitatea unei coordonări între actul săvârşit sau numai proectat şi psichopatia identificată.*

b) *Dacă*, admisă fiind o atare corelaţiune, *nu există însă o disproporţie între mobil şi importanţa acţiunii.*

c) *Dacă*, deşi există precedentele două condiţiuni, *actul sau proectul nu e în contradicţie cu mentalitatea şi atitudinea anterioară faptului, iar în realitate actul sau proectul ar fi produsul unei impulsiuni momentane.*

d) *Dacă a existat precugetare cu preparare a mijloacelor de execuţie.* (Se ştie că, în anumite psicho-nevroze — histerie, mania procesivă, imbecilitate şi chiar idioţie — se notează un uimitor rafinament sau o surprinzătoare viclenie în realizarea unei idei fixe).

e) *Dacă turburarea mintală constatată comportă intervale de remisiune sau numai de intermisiune.*

2. **Atitudinea după săvârşirea actului.** — *a)* Dacă individul a manifestat căinţă, mustrare de cuget, *deci a avut ulterior conştiinţa actului ce i se impută; b)* dacă, chiar cu această conştiinţă, *a dat dovadă de apatie, sau dimpotrivă a încercat să-şi degajeze răspunderea,* fie tăgăduind, fie punându-se la adăpost, fie căutând să indrepte bănuelile asupra altei persoane.

3. **Crime şi delicte scuzabile: legitima apărare.** — Codul penal (art. 250—251, 253—257) acordând beneficiul unei reduceri

a pedepsei (crime şi delicte scuzabile) sau chiar al absoluţiunii (legitima apărare), justiţia poate apela la luminile expertului, spre a constata dacă în realitate făptaşul nu intră în categoria celor cu turburări mintale de ordinea iluziunilor şi a halucinaţiunilor.

* * *

Cu un cuvânt, expertul va examina caracterul individului dinainte, din momentul săvârşirii şi după săvârşirea actului ce i se impută.

(Pentru detaliile examenului unui alienat, vezi foaea de examen. Vol. I, pag. 671—676).

CAP. II

SERVICIUL MILITAR

> *„Toţi cetăţenii români (între 21 şi 50 ani împliniţi) datoresc personal serviciul militar".* (Legea pentru recrutarea armatei).

Executarea oricărei îndatoriri presupunând anumite condiţiuni de capacitate, urmează că şi obligaţiunea serviciului militar, deşi principial are caracterul unei porunci absolute, e şi ea condiţionată de anume însuşiri — fizice şi intelectuale — fără de cari nici nu se poate concepe rostul ei. Bicisnicia trupească şi infirmitatea mintală reduc, dacă nu anihilează cu totul, aptitudinea bărbatului între 21 şi 50 ani de a-şi da obolul cuvenit fiinţei sacre a patriei, astfel că un nevolnic, în loc să constitue un spor de putere, ar fi de fapt o sarcină inutilă pentru budgetul apărării naţionale. Urmează dar, că interesul administraţiunii militare e de a face in prealabil o selecţiune a indivizilor cari vor alcătui contingentele forţei armate.

Opera aceasta de triaj ţine din momentul recrutării până la al 50-lea an al vieţii, când incetează obligaţiunea serviciului militar. Controlarea existenţei unui minim de desvoltare şi de sănătate corporală şi intelectuală se va face dar şi la încorporare şi apoi in tot timpul duratei serviciului. Cei găsiţi cu o insuficienţă totală, vor fi scutiţi (la recrutare), reformaţi (în cursul serviciului); iar acei la cari se constată numai o insuficienţă parţială, vor fi repartizaţi la serviciul zis auxiliar în care, in măsura aptitudinii lor, pot fi de un real folos. Aceasta fiind unica normă pentru constituirea forţei armate, urmează că ea se va aplica şi acelora cari, conform legii, au dreptul la dispensă, deoarece aceasta nu are decât un caracter provizoriu (art. 4), „dispensa putând fi anulată de consiliul de revizie sau din necesitatea de complectare a efectivului" (art. 10 al Regulamentului de aplicare a legii recrutării).

Acei cari, prin fraudă sau uneltire, incearcă să obţină dispensa ori scutirea, sunt pasibili de pedeapsa de 2—6 luni închisoare, fără prejudiciul penalităţilor prevăzute de lege în caz de fals. Iar complicele sau agentul provocător al delictului e pedepsit ca şi autorul principal; dacă acest complice e militar, sancţiunea penală e aceea a îndoitului pedepsei.

Interesatul principal, precum şi complicele sau agentul provocător, dacă n'au trecut vârsta de 30 ani (iar acești doi din urmă n'au satisfăcut legea recrutării), îndată după ispășirea pedepsei sunt încorporați în armata permanentă pentru o durată de 4 ani sub arme *(art. 112 L. R.)*.

* * *

Recrutarea armatei se face anual de către consiliile de recrutare, câte unul de județ și unul deosebit pentru orașul București (art. 61 L. R.), iar hotărârile acestora sunt definitive, cu excepția deciziilor în ce privește dispensele *(art. 70 L. R.)*, asupra cărora hotărăsc, în a doua instanță, consiliile de revizie ale recrutării.

Iar deciziunile consiliilor de revizie pot fi atacate pentru violare de lege, înaintea consiliului de miniștri, însă numai din inițiativa Ministerului Armatei. În caz de dărâmare a hotărârii consiliului de revizie, consiliul de miniștri, prin jurnalul de anulare, statuează definitiv asupra poziției militare a tânărului pentru care legea a fost violată.

I. Apți a face serviciul

Cu excepția celor înfierați de societate (condamnații la muncă silnică pe viață sau pe timp mărginit, la recluziune, la detențiunea dela 3 la 10 ani, la degradațiune civilă, precum și cei osândiți la o pedeapsă corecțională mai mare de 2 ani — *art. 3 L. R.)* și a celor atinși de o boală mintală, e considerat apt a face serviciul militar orice bărbat (21—30 ani) cu talia minimă de 1,54 m., și perimetrul toracic de 0.78 m. Pentru cei mai înalți ca 1,54 m. nu se cere în chip riguros ca perimetrul toracic să reprezinte jumătatea taliei, dacă examenul e satisfăcător în ce privește constituția anatomică în general (adică nu e caz nici de debilitate extremă nici de obezitate prea pronunțată).

Pignet propune drept criteriu sigur *coeficientul de robustețe*, care e reprezentat prin diferența dintre numărul în centimetri al taliei *(T)* și suma obținută din adunarea numărului în centimetri al perimetrului toracic *(P)* cu numărul în kilograme al greutății corpului *(G)*. Adică: C (coeficientul de robustețe) = T — (P + G). In genere termenul (P + G) e mai mare decât *T* și rezultatul operației e negativ și atunci se însemnează cu semnul minus (—); atunci când e pozitiv, se însemnează cu semnul plus (+). Coeficientul e considerat *favorabil* atunci când nu e inferior lui — 25; *discutabil*, când e cuprins între — 26 și — 30; *defavorabil*, dela — 31 în jos (cu excepția pentru taliile mici, când coeficientul poate fi coborât până la — 35). Pentru diferența în plus maximul ar fi de 10 unități.

Coeficientul de robustețe — după cum observă *Besson* (1921) — permite să se aprecieze nu numai aptitudinea fizică a momentului, ci și variațiunile ce pot să se producă în starea sănătății tinerilor soldați după încorporare. Iar *Saellen* (raportul citit la al 3-lea congres internațional din 1903 al medicilor experți ai societăților de asigurare) conchide: „Raporturile între talie, perimetru și greutate sunt importante din punctul de vedere al aprecierii șanselor de longevitate. Aceste raporturi, coroborate cu ereditatea și profesiunea ofertanților, cântăresc în concluziile (refuz sau admitere) medicilor-experți".

Examenul medical are de obiect: 1) de a se stabili că nimic nu împiedică libertatea şi întregimea mişcărilor necesare profesiunii armelor; 2) dacă nu există o conformaţiune incompatibilă cu portul hainelor, al armamentului sau echipamentului militar; 3) dacă, din cauza debilităţii corporale, a unei dispoziţiuni morbide sau a unei boli existente, sănătatea sau chiar vieaţa individului nu s'ar compromite, prin vreuna din circumstanţele inerente carierei militare; 4) dacă nu există vreo infirmitate care, fără a stingheri exerciţiul funcţiunilor, ar fi de natură a provoca scârba camarazilor de arme şi, din acest punct de vedere, ar fi incompatibilă cu vieaţa în comun a soldaţilor *(art. 2 din Instrucţiunile Medicale).*

1. Aceleaşi condiţiuni fizice trebue să le întrunească şi **voluntarii** (vârsta minimă de 18 ani şi un certificat că n'au avut nici o condamnare pentru atentat la bunele moravuri). Voluntarul eventual reformat e obligat ca, la vârsta legală de 21 ani, să se prezinte înaintea consiliului de recrutare care va decide din nou asupra aptitudinii sale de a face serviciul militar *(art. 290 Regulamentul L. R.).*

2. Când e vorba de **repartizarea recruţilor** pe arme, minimul de talie variază: 1.54 m numai pentru infanterie, pionieri, trupele de comunicaţie, aviaţie, automobilişti, grăniceri, tren, administraţie, serviciul sanitar; 1.58 m. marină, 1.60 m. (maximum 1.70 m.) cavalerie; 1.65 m. artilerie; 1.75 m. escorta regală.

Condiţiuni de greutate nu se pun decât pentru oamenii destinaţi aviaţiei: greutatea maximă de 85 kgr. pentru piloţi, şi de 75 kgr. pentru observatori, bombardieri, mitralieri.

Dacă se întâmplă ca un tânăr care cade în prevederile art. 52 din Legea Recrutării (tinerii cari beneficiază de termenul redus — T. T. R.), deşi recrutat pentru cavalerie sau artilerie, la vizita medicală (la prezentarea la corp sau la şcoală) să fie găsit bun numai pentru serviciul auxiliar, atunci el e trimis la Şcoala de Infanterie, pentru a urma cursurile secţiei de administraţie *(art. 135 Regul. L. R.).*

3. In ce priveşte **condiţiile de admisibilitate în gimnaziile şi liceele militare, în şcolile militare pregătitoare şi condiţiile de bursă** pentru şcolile speciale din streinătate, Instrucţiunile Medicale (art. 165 şi 166) stabilesc următoarele norme:

a) Pentru *candidaţii cu 21 ani împliniţi*, la cauzele de inaptitudine din instrucţiunile generale se adaugă următoarele motive speciale de respingere: *alopecia pronunţată*, consecutivă dermatozelor capului; *surditatea*, chiar numai uşoară şi unilaterală; *blefaritele ciliare* cronice pronunţate; *conjunctivita granuloasă* chiar incipientă; *dacriocistitele* şi *epifora; nistagmul* pronunţat; *strabismul* mai mare de 2 mm.; *turtirea* sau scufundarea nasului; *polipii nazali; deviaţiunile pronunţate ale septului nazal; buza-de-iepure* simplă neoperată; *gângăvirea* pronunţată; *adenitele cervicale* şi *submaxilare cronice; distrucţiunile şi aderenţele cicatriciale ale vălului palatului; bronşita cronică; pleurita uscată* şi *cea exudativă; herniile* acoperite; *deviaţiunile pronunţate ale coloanei vertebrale; varicele membrelor; cryptorchidia* şi *monorchidia; orice mutilaţiune sau rea conformaţiune a degetelor* (dela mâini şi picioare); *manifestaţiunile sifilitice.*

b) Pentru *candidaţii sub 21 ani:* după putinţă aceleaşi condiţiuni, fără ca cifrele de talie și perimetru toracic să fie obligatorii, cu rezerva însă, ca eventual medicul examinator să atesteze că mai sunt susceptibili de o desăvârșire a desvoltării fizice.

c) *Pentru elevii gimnaziilor și liceelor militare:* existența unei diateze sau a unei boli infecțioase.

d) *Pentru candidații la școlile speciale de marină, aviație și trupe de comunicație:* vederea anormală, daltonismul.

e) *Pentru candidații la toate școlile militare pregătitoare:* anomalie vizuală, care nu poate fi corijată prin întrebuințarea ochelarilor.

f) *Pentru ofițerii și elevii cari se prezintă la concursurile de trimitere în streinătate,* e un motiv de respingere, în afară de vreuna din bolile sau infirmitățile enumărate în Instrucțiunile Medicale, și insuficiența vizuală sau o desvoltare fizică nearmonioasă.

4. **Amânările și dispensa medicală.** — Amânările pot fi motivate de o insuficiență în desvoltare sau în interes de continuare a studiilor.

a) *Din considerațiuni medicale* (o amânare, eventual două succesive, în interval de doi ani): tinerii cari, la prima examinare medicală, se găsesc în condițiuni de slăbiciune fizică incompatibilă cu incorporarea contingentului lor. La a treia înfățișare înaintea consiliului de recrutare, ei sunt definitiv clasați: 1) cei găsiți buni pentru serviciul militar sunt incorporați cu contingentul anului; 2) acei cari nu îndeplinesc condițiunile de aptitudine militară, *dar n'au leziuni organice,* sunt repartizați serviciilor auxiliare (conductori, meseriași, ordonanțe lucrările de cancelarie, etc.); 3) acei cari, din cauza debilității extreme, nu pot fi utilizați nici în serviciile auxiliare, sunt trecuți ca *dispensați medicali,* la contingentele lor, după vârstă *(art. 52 L. R. și art. 69 Regulamentul L. R.).*

Unii — la cari nu există perspectiva unei ameliorări în ce privește insuficiența desvoltării și debilitatea — sunt trecuți dela prima examinare la serviciul auxiliar.

Dacă, în cursul examenului local al gurii, medicul constată prezența unor *aderențe neoperabile, absența sau perforația intensă a vălului palatin,* neînsoțite însă de turburări de deglutiție și de vorbire, el nu va pronunța deadreptul dispensa medicală, ci, după aprecierea cazului particular, va putea recruta pe om nu numai pentru serviciul auxiliar, ci chiar pentru cel activ *(art. 61 Instr. Medicale).*

Dimpotrivă, *otita medie cronică supurată monolaterală* constitue un motiv de dispensă medicală *(art. 50 Instr. Med.).*

Acei cari, deși găsiți buni în momentul recrutării la epoca încorporării nu îndeplinesc condițiunile de aptitudine totală sau parțială, se lasă la vatră, (socotindu-se aceasta ca o primă amânare *(art. 35 L. R.),* până la viitoarea întrunire a consiliului de recrutare *(art. 20 și 235 Regul. L. R.).*

b) *Amânările pentru studii* (cu plata unei taxe anuale — *art. 99 L. R.).* In timp de pace și numai pentru complectarea de studii, tânărul de 21 ani poate obține o amânare pentru continuarea studiilor până la 27 ani (pentru orice student), până la 29 ani (pentru studentul în medicină) (art. 38 L. R.).

Beneficiarul amânării trebuie să prezinte Ministerului Armatei, în fiece an, în intervalul dela 1 Septembrie la 1 Ianuarie, un certificat prin care facultatea respectivă atestează de frecventarea regulată a cursurilor. — Studenților în medicină umană și veterinară, precum și studenților în farmacie li se aplică dispozițiunile legii asupra organizării serviciului sanitar al armatei *(art. 8 și 10 din legea din 1925).*

Mediciniștii, la 29 ani, (ceilalți studenți la 27 ani) indiferent dacă au terminat sau nu studiile, sunt incorporați odată cu contingentul ce urmează a se chema la serviciu și obligați a face termenul de serviciu la care sunt supuși, după situația ce li s'a recunoscut la recrutare *(art. 91 Regulamentul L. R.)*.

5. Dispensele sunt temporare, provizorii și definitive:

a) *Dispensa temporară* — o amânare automatică pentru durata serviciului militar sub arme — se acordă unuia din frații gemeni sau trigemeni chemați înaintea consiliului de recrutare. Această dispensă temporară se acordă aceluia care din punctul de vedere al constituției fizice, e într'o stare de inferioritate față de fratele sau frații lui *(art. 74 L. R.)*.

b) *Dispensa provizorie* (cu trecerea la contingentul respectiv spre a fi chemat pentru instrucție, putând fi revocată atunci când, după trecere de cel mult trei ani, motivul de dispensă nu mai există) se acordă tânărului care — în ceeace privește criteriul medical — intră în vreuna din următoarele categorii: 1) cel mai mare dintre orfanii de mamă, al căror tată este interzis sau cu desăvârșire sărac și în neputință de a munci; 2) fiu unic al unui tată sărac și infirm; 3) fiul unic sau cel mai în vârstă al femeii al cărei soț este interzis; 4) cel mai mare dintre bărbați, unicul ginere, unicul nepot, cel mai mare dintre nepoți pentru întreținerea unui tată, socru, bunic infirm și sărac; 5) cel mai mare dintre orfani fiind orb sau atins de vreo gravă infirmitate bine constatată, beneficiarul dispensei e fratele imediat mai mic al celui declarat inapt de a munci.

Motivul de dispensă nemai existând, tânărul e chemat spre a fi examinat din punctul de vedere al aptitudinii fizice și intelectuale și supus obligațiunii serviciului militar *(art. 40 L. R., și art. 93 și 97 Regul. L. R.)*.

Pentru complectarea efectivului pot fi chemați spre a fi examinați și eventual incorporați dispensații, începând cu categoria acelora de al căror ajutor familia se poate mai ușor lipsi *(art. 40 L. R.)*.

c) *Dispensa definitivă* — scutirea de orice serviciu militar — se acordă atunci când, după trecere de 3 ani, se constată că motivul de dispensă subsistă.

d) *Examenul părintelui.* — Oridecâteori beneficiul dispensei e solicitat pe temeiul bătrâneții înaintate ori al infirmității părintelui, hotărârea e legată de examenul prealabil al acestuia din urmă. Legea fixează la 70 ani vârsta bătrâneții fiziologice, dar numeroase împrejurări (mizeria, marasmul, etc.) grăbesc decrepitudinea fizică și intelectuală. In privința diverselor infirmități, criteriul de apreciere a gradului de incapacitate de muncă e bazat și pe îndeletnicirea părintelui a cărui stare de infirmitate e invocată: așa, de exemplu, o eventrație provoacă o incapacitate la un plugar, nu însă și la unul care are o meserie sau o profesiune sedentară. *(Art. 160 Instrucțiunile Medicale)*.

II. Inapți a face serviciul militar

Inaptitudinea se poate rosti fie in momentul recrutării (scutirea) fie la încorporare ori în cursul serviciului (reforma).

A. Scutirea

Sunt scutiți de serviciul militar, în toate elementele armatei, tinerii loviți de o infirmitate sau slăbiciune fizică ori mintală care-i face improprii la orice serviciu combatant sau auxiliar al armatei.

Scutirile nu pot fi pronunțate decât de către medicul recrutor, *ale cărui constatări sunt înscrise într'un registru,* sub semnătura sa proprie. —

registru care, după terminarea operaţiunilor recrutării, e depus la Ministerul Armatei (Direcţia Sanitară) odată cu statistica medicală *(art. 29 L. R. şi art. 66 Regul. L. R.)*. — *Statistica medicală* cuprinde, între altele, un raport patologic, cu expunerea bolilor, infirmităţilor şi viciilor de conformaţie incompatibile cu serviciul militar.

Numai delegatul ministerului Armatei poate cere medicului recrutor să desluşească bine felul bolii care motivează scutirea, pronunţându-se categoric, dacă infirmitatea e de aşa natură că, şi în ipoteza că i s'ar acorda omului două amânări succesive, el tot impropriu serviciului militar (combatant sau numai auxiliar) ar rămâne. Medicul nu trebue să uite că, odată scutit, tânărul nu mai poate face parte din nici unul din elementele puterii armate; deaceea, în cazul când sorţul nu ar fi pe deplin desvoltat sau ar avea vreo slăbiciune fizică, datorită unei boli momentane, medicul îi va acorda o primă şi, la nevoie, o a doua amânare *(art. 67 Regul. L. R.)*.

Medicul recrutor nu va ţine seama de certificatele liberate de medicii civili (medicii militari nu au voie să elibereze certificate sau să dea consultaţie tânărului chemat la recrutare), decât numai cu titlul informativ. Asistările medicale sunt interzise *(Art. 68 Regul. L. R. şi art. 8 Instrucţiunile Medicale)*.

Toate aceste îngrădiri nu ştirbesc însă întru nimic autoritatea ştiinţifică a medicului recrutor, pentrucă legea îl face personal răspunzător de eventuala recrutare a unui om cu infirmităţi cari îl fac impropriu serviciului militar *(art. 72 Regul. L. R.)*. Iar atunci când medicul, din consideraţiuni de ordin pur medical sau moral (bănuiala de simulare din partea celui interesat) ezită să se pronunţe, tânărul e recrutat cu adnotaţia: „Rămâne a se examina din nou la corpul său şi a se decide conform art. 29 şi 32 din lege". *(Art. 74 Regul. L. R.)*. Acest supliment de examen e mai ales recomandat atunci când e vorba de nevroze şi boli mintale, în cari uneori e foarte greu ca dela prima investigaţie, să se facă demarcarea între realitate şi simulare.

Am văzut, că delegatul Ministerului Armatei, are căderea să ceară medicului recrutor să-şi motiveze hotărârea de scutire. Dacă se produce divergenţă, cazul e examinat în a doua instanţă de o comisiune compusă dintr'un ofiţer şi un medic, ambii superiori în grad celor din consiliul de recrutare. In caz de o nouă divergenţă, Ministerul Armatei decide pe baza avizului comitetului consultativ sanitar *(art. 73 Regul. L. R.)*.

⁂

Constitue motiv numai de scutire de serviciul militar cei atinşi de: *pelagră* (asociată cu debilitatea generală); *tuberculoza pulmonară* şi *tuberculoza chirurgicală osoasă; lipsa nasului sau diformităţi ale nasului* cari alterează mult respiraţia şi vocea; *gura de lup* şi *macrostomia; cicatricele vicioase sau aderente* (cu jenă funcţională pronunţată sau când cauzează o desfigurare); *guşa kistică* sau *parenchimatoasă* (cu volum considerabil); *scurtarea* unui membru inferior (dela 4 cm. în sus); *fistulele osoase; lepra mutilantă.*

Cât despre bolile mintale cari pot constitui o cauză de scutire, le indicăm la subdiviziunea: „Scutirea şi reforma" (unde sunt enumărate insuficienţele fizice şi intelectuale de natură a justifica eliminarea, *de plano* sau după încorporare, din toate elementele puterii armate).

2. Reforma

Tinerii recrutaţi în urma a două amânări consecutive şi găsiţi inapţi cu ocazia examenului făcut la încorporare, sunt reformaţi *(art. 71 Regul. L. R)*.

Tinerii recrutaţi la prima sau a doua înfăţişare şi găsiţi inapţi la încorporare (din cauza debilităţii generale), sunt reformaţi, în urma unei supravizite a medicului diviziei respective *(art. 85 L. R.* şi *art. 235 Regul. L. R.).*

Reforma se pronunţă şi în oricare moment al anilor de serviciu (21—30 ani).

Pentru recruţii reformaţi în primele trei luni dela sosirea lor la corp se întocmeşte un raport patologic, în care sunt trecute toate bolile şi infirmităţile preexistente în momentul încorporării *(art. 164 Instr. Med.).*

Constitue motiv de reformă:

a) **Diverse boli:** *diabetul; guta; paludismul* (cu cachexie ori leziuni organice pronunţate); *anemia pernicioasă; icterul hemolitic; hemofilia; leucocemia; limfadenia; tuberculoza* (în toate formele ei şi la oricare dintre organe); *simfizele pleurale; bolile cerebrale; bolile spinale* sau *cerebro-spinale; bolile nervilor periferici* (însoţite de paralizii sau turburări trofice şi vasculare cronice şi incurabile); *bolile nervoase în legătură cu turburările glandelor endocrine; neurofibromatoza generalizată, psicho-nevrozele* (isteria, neurastenia, nevroza traumatică), *miopatiile primitive; infantilismul psichic şi debilitatea mintală; psichozele toxice* (autogene sau exogene), precum şi toate formele de *demenţă*, în special cea senilă precoce şi cea organică; *desechilibraţii* sau *degeneraţii* (cu turburări psichice); *favusul; tumorile maligne ale capului* (meningocelul sau meningoencefalocelul).

b) **Bolile de urechi:** *imperforaţia osoasă, otita medie cronică* supurată bilaterală, otita medie cronică adesivă sau scleroasă; *obliteraţia ambelor conducte auditive externe stenoza trompei lui Eustache de ambele laturi; surditatea complectă a unei urechi* sau scăderea auzului vocii şoptite la o distanţă mai mică de 1 metru; *labirintitele cronice; vertijul lui Mennière; evidarea petromastoidiană* (chiar unilaterală).

c) **Boli de ochi:** *miopia, hipermetropia, anisometropia, astigmatismul* (ce trece de 8 dioptrii); *ambliopia, amaurosa, micşorările intense ale câmpului vizual* (de origine centrală şi fără leziuni apreciabile), *blefaritele, blefarostomul inveterat, epifora* (foarte pronunţată), *dacriocistita supurată, fistulele lacrimale, petrigiomul, cheratitele ulcerate* sau *interstiţiale, scleritele* şi *episcleritele* (foarte pronunţate); *leziunile coroidei* — coloboma, lipsă de pigment (albinism), *retinitele, corio-retinitele, retinita pigmentară, hemeralopia, deslipirea retinei, atrofiile nervului optic, hemianopsiile, scotomele intinse, paralizia muşchilor ochiului* (însoţită de diplopie).

d) **Bolile nasului:** *polipii fibroşi naso-frontali, naso-maxilari* sau *naso-faringieni, rinoscleromul, ozena, sinuita cronică ulcereoasă, fistulele sinusurilor* şi *caria oaselor nasului.*

e) **Bolile gurii:** *lipsa dinţilor* (însoţită de ulceraţiuni şi fongozităţi ale gingiilor); *fistulele salivare* (cu orificiul exterior la faţă).

f) **Bolile gâtului:** *fistulele branchiale congenitale, tumorile vasculare inoperabile.*

g) **Bolile laringelui, faringelui şi esofagului:** leziunile traumatice ale *laringelui,* însoţite de stenoză sau alteraţiuni grave ale vocii, *laringita tuberculoasă, distrugerea parţială a epiglotei, abcesele retrofaringiene, paralizia coardelor vocale, viciile de conformaţie definitivă ale faringelui, laringelui şi tracheei, ulceraţiunile cronice,* tuberculoase şi sifilitice, *dilataţia pronunţată, strâm-*

tările definitive; diverticulile, tumorile şi *varicele esofagului, tumorile neoperabile ale laringelui.*

h) **Bolile aparatului respirator:** *bronşita cronică* (cu emfizem pulmonar), *bronchectasia, pleuresia exudativă* (recidivată sau însoţită de debilitatea generală). *turburările pulmonilor în fazele de germinaţie şi de conglomerare, corpii streini ai pulmonilor* (cu turburări funcţionale).

i) **Bolile aparatului circulator:** *pericarditele cronice, simfizele cardiace, asistolia, leziunile organice ale valvulei tricuspide, ale orificiului şi aortei pulmonare, leziunile congenitale ale inimii, hipertrofia cordului* (pronunţată), *tachicardia permanentă, aritmia, pulsul lent permanent, aortitele cronice, arterio-scleroza* (pronunţată), *angina de piept, anevrismele, tumorile mediastinale, miocarditele cronice* (manifestate numai prin insuficienţa cardiacă).

j) **Bolile abdomenului:** *traectele fistuloase* (ţinând de o leziune osoasă sau viscerală), *abcesele reci, peritonitele,* bolile invetcrate ale *stomacului* şi *intestinelor* (ulcere, stenoze), *apendicita cronică recidivată; hemoroizii interni inoperabili* (voluminoşi şi complicaţi cu ulceraţii ale mucoasei sau cu fistule anale): leziunile cronice ale *ficatului* (hepatita supurată, hepatita cronică, cirosele, kistele hidatice), litiaza biliară rebelă; *splenectomia, tumorile intraabdominale* (neoperabile), *resecţia întinsă a unei porţiuni din aparatul digestiv, incontinenţă permanentă a materiilor fecale, tumorile maligne, orice tumori neoperabile sau cari după operaţie au lăsat aderenţe.*

k) **Bolile aparatului genito-urinar:** *lipsa unui rinichiu* (din cauză chirurgicală); *nefritele cronice, calculii renali şi uretrali, rinichiul mobil* (pronunţat), *rinichiul polichistic, kistele, tumorile, hidronefrozele, pionefrozele, tuberculoza renală; tumorile băşicii, cistitele cronice* sau *tuberculoase, incontinenţa urinară permanentă, incontinenţa nocturnă, stricturile uretrale multiple; hipertrofia, tuberculoza şi tumorile maligne ale prostatei, prostatitele cronice rebele, tuberculoza epididimară şi testiculară, tumorile maligne ale testiculelor,* sau *cele benigne voluminoase şi inoperabile; castrarea bilaterală chirurgicală.*

l) **Bolile membrelor:** *anchilosele fibroase* extrem de jenante, *proectilele neextrase* (producătoare de turburări funcţionale), *sindactilia fibroasă; piciorul strâmb* pronunţat, *fractura rotulei* (jenantă la mers), *calusurile* şi *cicatricele plantare aderente* (jenând mersul).

m) **Bolile de piele:** *eczemele* cronice persistente: *lepra tuberculoasă, tuberculoza pielei* (pe suprafeţe întinse): *lupusul eritematos al feţei,* rebel şi cu cicatrice atrofice: *pemfigusul cronic, prurigo* (Hebra): *ptiriasis rubra* (Hebra), *eritrodermiile exfoliante generalizate, psoriasisul* trunchiului membrelor şi pielii capului (rebel şi recidivat), *boala lui Dercum,* keratomele palmare şi plantare congenitale rebele: *albinismul* însoţit de turburări nervoase: *sarcomatosa cutanată* şi *tumorile maligne ale pielii; sicosis* rebel cu atrofia sistemului pilos; *leucemiile* cu manifestaţiuni cutanate.

5. Scutirea şi reforma.

Sunt afecţiuni, infirmităţi ori vicii de conformaţie cari, după aprecierea medicului recrutor, sunt o cauză de scutire pe loc, ori un motiv de reformă ulterioară (în momentul incorporării sau după încorporare). Acestea sunt:

a) **Bolile generale:** *obesitatea,* când omul este diform şi are dificultăţi de respiraţie sau o mărire de volum a cordului: *lepra, farcinul, tumorile maligne, rachitismul* (cu deformaţiuni osoase pronunţate), *simultaneitatea mai multor boli* (deşi fiecare în parte poate fi compatibilă cu serviciul militar), *epilepsia.*

b) Bolile capului: *chelia cicatricială* (ocupând mai mult de jumătatea capului), *tumorile benigne*, *osificarea necomplectă* sau *desosificarea pronunţată*, *cicatricele întinse*, *diformaţiile pronunţate*, *asimetria prea pronunţată a feţei*, *figura monstruoasă*, *surdi-mutitatea*.

c) Bolile ochiului: *cicatricele vicioase*, *simblefaronul întins*, *triciaza* (cu leziuni corneene definitive). *tumorile maligne ale pleoapelor*. *ptozis congenital bilateral*, *lagoftalmia* (chiar unilaterală). *conjunctivita granuloasă recidivată* (rebelă la tratament şi complicată cu panus, cu cicatrice întinse. îngroşarea şi deviarea tarsului, retracţiunile fundurilor-de-sac, chiar numai la un ochiu), *opacităţile corneene definitive*, *stafilomul corneean sau sclerotical*, *viciile de conformaţie ale irisului*. *sinechiile posterioare şi anterioare definitive*. *ocluziunile pupilare*, *luxaţiile cristalinului sau ale capsulei*. *tumorile intraoculare*. *exoftalmia* (foarte pronunţată). *nistagmul* (foarte pronunţat). *tumorile progresive sau maligne ale cavităţii orbitare*, *osteitele cronice*. *sinusitele fistulizate*, *aderenţele întinse şi jenante*.

d) Bolile nasului: *lupusul* întins tuberculos sau eritematos al nasului.

e) Bolile gurii: *atrofia maxilarului inferior*; *fracturile neconsolidate*; *luxaţiile nereduse*; *anchiloza articulaţiei temporo-maxilare*: *pierderea unei porţiuni din limbă*: *cicatricele vicioase*, *atrofia şi paralizia*, *hipertrofia definitivă a limbii*; *aderenţele anormale* (jenând vorbirea). *tumorile neoperabile ale limbii*; *gângăvirea* şi *mutismul*.

f) Bolile gâtului: *adenitele cervicale* cronice în massă (caseificate sau supurate), *torticolisul* pronunţat definitiv.

g) Bolile toracelui: *diformităţile congenitale* sau *dobândite* pronunţate, *lipsa însemnată a unor porţiuni osoase* din pereţii toracelui, *calusul vicios al claviculei*; *leziunile cronice ale oaselor*, *tuberculoza pulmonară* (cu debilitate generală pronunţată sau cachexie) *fistulele toracice*.

h) Bolile inimii: *hiposistolia* şi *asistolia*.

i) Bolile abdomenului: *cicatricele abdominale* (consecutive laparotomiei): *herniile ombilicale*, orice fel de *hernie operată* şi *recidivată* (după a doua operaţie). *herniile inguino-scrotale voluminoase* (de mărimea unui cap fetal). *splenomegaliile* (de origină palustră, leucemică sau cirotică). *fistulele aparatului digestiv*, *anusul contra naturii*, *prolapsul rectal*.

j) Bolile coloanei vertebrale şi ale basinului: *spina bifida* şi *luxaţiile vertebrelor*. *anchilosele vertebrale*, *morbuul lui Pott*, *deviaţiunile pronunţate ale coloanei vertebrale*. *deformaţiuni însemnate ale basinului*.

k) Aparatul genito-urinar: *extrofia băşicii*, *corpii streini*, *calculii vesicali*. *epispadias penian*, *penu-pubian*; *hipospadias perineal*. hipospadias cu orificiul mai înapoi de treimea anterioară a penisului şi micţiunea dificilă; *hermafrodismul*, *lipsa penisului*, *elephantiasis scrotal* sau *penian*.

l) Bolile membrelor: *lipsa totală sau parţială a unui membru*; *genu-valgum*, *varum*. *recurvatum* (rachitism) pronunţate: *amputaţiile* şi *resecţiunile*. *curburile defectuoase* pronunţate ale oaselor lungi, *luxaţiile vechi nereduse*, *relaxarea capsulelor articulare*, *anchilosele osoase* ale articulaţiilor mari. *supinaţia*, *pronaţia* şi *resecţiunea epifiselor oaselor lungi*, *osteo-mielita* cu fistule persistente. *tumorile osoase*, *fracturile consolidate* cu turburări trofice sau impotenţa funcţională; *tumorile albe*, *hidratosele vechi şi recidivate*, *corpii mobili inoperabili*; *ulcerele cronice* incurabile, ulcerele perforante trofice. *cicatricele* întinse şi aderente *varicele*; *lipsa sau impotenţa funcţională complectă şi definitivă a două degete sau numai a policelui dela o singură mână ca şi luxaţia ireductibilă a policelui*, *piciorul plat şi răsturnat*, *pierderea a trei degete dela unul din picioare* sau *pierderea a câte două falange dela patru degete*.

m) Bolile de piele: *hiperkeratosa extremităţilor membrelor*. *psoriasis* vulgar, *ichtiosa generalizată, licheul roşu, sclerodermia şi sclerodactilia, boala lui Raynaud, elephantiasis cronic* al extremităţilor, *naevi verucoşi, piloşi generalizaţi* (ocupând trunchiul şi membrele şi producând o înfăţişare disgraţioasă), *ichtiosa nigricas generalizată, pelada* generalizată a întregului sistem pilos.

n) Bolile mintale. — In general alienaţia mintală confirmată (indiferent de varietatea ei). La scutire sau reformă se iau în considerare numai certificatele de internare eliberate de ospicii sau case de sănătate, anume autorizate de Stat. Chiar vindecat, un alienat nu e admis în rândurile armatei.

Sunt motive de scutire ori de reformă: *cretinismul, idioţia, imbecilitatea, hydrocefalia, demenţa precoce, psichoza depresivă, delirurile sistematizate, paralizia generală, tabo-paralizia, sifilisul cerebro-spinal* (difuz sau localizat, dar cu leziuni definitive), *pelagra* şi *alcoolismul* (ambele cu turburări mintale permanente).

⁂

Orice certificat de scutire ori de reformă trebuie să cuprindă nu numai diagnosticul bolii ori al infirmităţii, ci şi consideraţiunile de ordin ştiinţific cari motivează hotărîrea medicului *(art. 9 Instr. Med.)*.

4. Supravizita.

Ministerul Armatei poate oricând chema la o supravizită medicală pe toţi amânaţii sau scutiţii, din orice contingent până la împlinirea vârstei de 30 ani: pe *amânaţii* în orice moment al intervalului amânării, iar pe *scutiţii*, în interval de 7 ani dela pronunţarea scutirii. — Această supravizită se face fie de către un medic militar, în prezenţa unui ofiţer superior anume delegat de către Minister, fie de către consiliul de recrutare.

In cazul când se constată că un tânăr a fost pe nedrept amânat sau scutit, el e imediat incorporat, iar medicul recrutor, care a pronunţat amânarea sau scutirea, e pasibil de pedeapsa prescrisă de art. 144 C. P.: 2—5 ani închisoare şi amenda cât îndoitul valorii darului primit sau numai făgăduit *(art. 51 L. R. şi art. 77 Regul. L. R.)*.

5. Recrutarea în absenţă.

Tinerii recrutaţi în absenţă, pe măsură ce sunt găsiţi ori se prezintă singuri, sunt examinaţi de medicul regimentului de infanterie local şi, după aptitudinile lor fizice, se va lua o hotărîre în ce priveşte repartizarea lor pe arme *(art. 86 L. R.)*. Bineînţeles că unul absolut impropriu serviciului militar nu poate fi reţinut sub arme, după ce şi-a ispăşit pedeapsa pentru nesupunerea nejustificată la obligaţiunile legii.

6. Mutilările voluntare sau simularea bolilor.

Acestea nu constitue motive de scutire sau de reformă, iar cazurile constatate sunt deferite justiţiei civile sau celei militare *(art. 50 Instr. Med.)*.

Tânărul bănuit a se fi mutilat *înainte de recrutare*, cu gândul de a se sustrage dela obligaţiunea serviciului militar, e dat în judecata tribunalului civil şi, vinovăţia fiindu'i dovedită, e pedepsit cu închisoare dela o lună la un an. Aceeaş sancţiune penală se aplică – de astă dată de tribunalele militare — tânărului recrutat care, în răstimpul dintre recrutare şi prezintare la corp, s'a făcut intenţionat impropriu serviciului militar. — La expirarea pedepsei, omul din ambele categorii, întrucât sluţirea nu-l face impropriu serviciului militar, e încorporat spre a servi 4 ani sub arme, indiferent de arma sau serviciul la care e repartizat.

Pentru eventualii complici — medici, chirurgi sau farmacişti—pedeapsa închisoarei e dela 2 luni la 2 ani şi o amendă de 200—1000 lei, fără prejudiciul pedepselor mai grele prevăzute în legea penală *(art. 117 L. R. şi art. 501 din Regul. L. R.).*

Printre mutilările voluntare de cari are să se ocupe medicul militar, în timpul serviciului şi mai ales în timp de campanie, cea mai interesantă e desigur simularea unei răniri cu arma de foc (simulare care, dealtfel, se poate întâlni şi în vieaţa civilă: înscenarea unui atentat imaginar, a unei răniri prin imprudenţă sau a unei încercări de sinucidere).

In simulările rănirilor cu arma de foc frauda e demascată prin semnele descărcării dela o distanţă mică (în genere, în simulare, avem tragerea *bout-touchant* — adică gura ţevii atinge sau mai că atinge hainele sau pielea regiunii voluntare; *Chavigny* socoate mai expresiv termenul de *bout-touchant* decât cel de *à bout portant* sau a *brûle-pourpoint).*

Semnele unei atari descărcări sunt: *aspectul rănii, tatuajul, arsura* (vezi mai departe: rănile prin arma de foc).

Chavigny a notat, în cursul marelui răsboiu, pe frontul francez, aşa zise *mutilări maşinate.* Unii auto-mutilatori cu arma de foc au avut grijă de a interpune, între regiunea corpului în care urmau să tragă şi între gura ţevii, un cearceaf, o cuvertură, etc. La examenul corpului intermediar s'a găsit urme de distrugere şi o incrustaţiune de fire de pulbere.

Weisselfisch („Contributions à l'étude des mutilations volontaires et de quelques maladies simulées", Paris 1921) care a făcut întreaga campanie pe frontul francez, notează şi el câteva edificatoare observaţii de auto-mutilare prin armă de foc. Cele mai frecvente dintre aceste cazuri privesc rănirea voluntară a picioarelor şi mânilor (îndeosebi a mânii drepte). — Sediul de predilecţie al mutilării îl formează părţile moi, nivelul comisurilor degetelor, eminenţa tenarului, spaţiile interosoase, extremităţile degetelor.

In primul loc se recomandă studierea direcţiunii de pătrundere a glontelui, mai ales când avem de examinat o rană la picior: e greu să se noteze un traject perpendicular al glontelui pe faţa dorsală a labei, dacă arma n'a fost descărcată de însuşi soldatul interesat.

In concluziile sale, expertul nu are să se pronunţe asupra acuzaţiunii de auto-mutilare; el trebuie să se mărginească la identificarea distanţei dela care a fost descărcată arma. E treaba autorităţilor de represiune ca, prin ancheta lor, să facă dovada acestei auto-răniri.

* * *

O atenţie deosebită se cere medicului recrutor, spre a nu se lăsa indus în eroare prin *simularea* unei boli ori a unei infirmităţi inexistente, *exagerarea* unei boli ori a unei infirmităţi reale, sau chiar *provocarea* unei stări morbide cu caracter trecător şi aceasta numai cu scopul de a se obţine scutirea ori reforma.

Misiunea medicului militar e adesea ori dintre cele mai ingrate, pentrucă are de dejucat manopere de o ingeniozitate uluitoare şi cari dovedesc o perfecţionare nebănuită a sistemelor aplicate de „artiştii" simulării.

Deosebit de instructive sunt câteva din exemplele citate de *Derblich* şi printre cari spicuim: 1) Sorţarii dintr'un district al fostului regat lombardo-veneţian obţineau aderenţa trecătoare a degetelor mâinei drepte, cu ajutorul unei plante locale *equisetum arvense* pe care o fixau între degete. Prin fricţiunea zilnică se producea o inflamaţie: scoţând în urmă planta, aplicau un bandaj compresiv şi astfel se realiza aderenţa. După ce trecea recrutarea, înlăturau aderenţa cu foarte mare uşurinţă. 2) Un soldat internat la infirmeria regimentului prezintă o curioasă inflamaţie a ochilor. Supraveghiat îndeaproape, s'a constatat că-şi provoca inflamaţia cu fărâme de emplastru de cantaride pe cari le ţinea sub unghiile dela degetele groase ale picioarelor şi pe cari le fixa între pleoape.

Nu urmează însă, că orice bolnav trebuie privit ca un simulator şi tratat ca atare. Ştiinţa şi experienţa oferă destule mijloace pentru demascarea impostorilor, fără a fi nevoie de a se recurge la mijloace condamnabile cari, cu intenţiunea curată de a se împiedeca o fraudă, duc la erori şi uneori la adevărate orori. Aşa, a fost supus la un groaznic regim de tortură un soldat bănuit că simulează boala, pe când în realitate el suferea de o coxită neobservată de medicul regimentului şi pentru care în urmă a fost reformat *(Derblich)*. La noi, a fost tratat ca simulator un soldat care suferea de o osteită vertebrală cu începutul unei mielite, ignorate de medicul regimentului *(Miletici)*.

Medicul nu are dreptul să se folosească decât de indicaţiunile ştiinţifice, iar nu şi de practice reprobate de conştiinţa omenească, precum ar fi: aplicarea de vesicătoare, caustice, scarificaţiuni urmate de fricţiuni cu spirt camforat pe pielea vulnerată, extensiunea forţată a membrelor, îndreptarea brutală a gâtului, narcotizarea, duşurile reci, bandajul compresiv al ochilor, cămaşa de forţă, trepanaţia, arderea cu fierul înroşit în foc, curentul galvanic, cloroformizarea (care poate avea urmări letale), etc. Hipnotizarea, din contră, e recomandabilă, dar de multe ori dă greş, faţă de rezistenţa simulatorului.

Repetăm: depinde de cunoştinţele şi de experienţa medicului, precum şi de răbdarea şi tenacitatea acestuia spre a dovedi simularea, care se prezintă sub cele mai varii aspecte ale tuturor stărilor morbide din domeniul patologiei interne şi externe.

Simularea constituind un câmp de investigaţie nu numai pentru medicul militar ci şi pentru medicul-expert în genere, în toate cauzele în cari verificarea bolii ori a infirmităţii prezintă un interes primordial pentru o bună administrare a justiţiei, consacrăm un capitol special (cel imediat următor) expunerii amănunţite a acestei chestiuni. In acel capitol vom examina în parte fiecare din manifestaţiunile morbide a căror imitare sau exagerare ar putea tenta pe simulator pentru eschivarea dela obligaţiunea serviciului militar ori în vederea unei fraude în civil, precum şi pentru invocarea iresponsabilităţii totale sau parţiale în acte pasibile de sancţiunile legii penale.

7. Elementele periculoase sănătăţii morale a armatei.

Legea recrutării şi regulamentul ei de aplicare, precum şi instrucţiunile desvoltătoare date medicului recrutor înarmează pe acesta cu toate ştiinţele necesare spre a asigura respectul absolut al principiului că nici un bărbat valid, trupeşte şi sufleteşte, nu se poate eschiva dela marea datorie a serviciului militar. Dar problema nu are numai acest aspect constructiv, pentrucă, ea ne oferă şi o lature, greşit nesocotită, pe care nu ezităm s'o calificăm destructivă. Căci, interesul apărării naţionale nu stă numai în *cantitatea* contingentului anual ci şi în *calitatea* acestuia. Şi socotim că nu se stărue îndeajuns asupra *calităţii*, de oarece criteriul de selecţionare îşi pierde din elasticitatea ce ar trebui să aibă, atunci când medicul recrutor se găseşte în faţa unui individ care, deşi perfect valid fiziceşte, nu e decât aparent valid sub raportul echilibrului psicho-cerebral. E vorba de acele căzături sociale cari, în dreptul penal, beneficiază de o responsabilitate atenuată, iar în dreptul civil sunt considerate ca susceptibile de a fi puse sub interdicţie, — elemente pe cari medicul recrutor, legat prin instrucţiunile astăzi în vigoare, e obligat să le reţină ca *bune* pentru serviciul militar. Tăria armatei e astfel subminată de adevăraţi fermenţi de disoluţiune ai sănătăţii morale a materialului uman al apărării naţionale: *(Provent*, in: „La criminalité militaire en France en temps de paix" 1926, dă alarma contra primejdiei ce o constitue reacţiunile interpsichologice, provocate de prezenţa, într'o aglomeraţiunea militară a anormalilor psichici, a celor atinşi de tare mintale).

Iată latura destructivă a problemei şi care a format obiectul unor ample desbateri la al 4-lea Congres internaţional de medicină şi farmacie militară, (ţinut în 1927, la Varşovia). Prin moţiunea adoptată se preconizează eliminarea din armată, chiar în timp de războiu, a celor atinşi de grave afecţiuni consecutive *traumatismelor craniene:* epilepsia, neuropsichozele, nevrozele, turburările fiziopatice.

După cum se vede, e vorba de ferirea armatei de contagiunea extrem de periculoasă prin microbul virulent de desagregare ce-l constitue debilitatea mintală şi desechilibrul cerebral. Chestiunea a fost reluată în două interesante studii apărute în periodicul *„L'Hygiène mentale"* (numărul din Noembrie 1928), datorite penelor competente ale profesorilor Fribourg-Blanc şi Gauthier, dela Văle-de-Grâce.

Dacă e adevărat, precum observă Fribourg-Blanc, că în genere debilii mintali (acei cari îngroaşă armata nevropaţilor, toxicomanilor, hiperemotivilor, obsedaţilor, pithiacilor) pot fi utilizaţi în serviciul militar cu condiţiunea exercitării unui control special al aptitudinilor lor, *constitue însă o primejdie morală prezenţa, în rândurile armatei, a debililor perverşi sau pervertiţi*, fosti sau viitori clienţi ai instanţelor represive.

Nu mai puţin periculoşi sunt *desechilibraţii* cari după cum foarte bine relevă Gauthier, sunt tot atât de vanitoşi şi de recalcitranţi, pe cât de timizi şi de maleabili sunt acei dintre debilii mintali cari nu au pecetea perversiunii. Desechilibraţii turbură coheziunea morală a unităţilor sau a serviciilor militare prin spiritul de indisciplină, prin calomniile lor, prin recriminările lor cari işi găsesc un ecou pernicios în coloanele gazetelor ori în cluburile şi adunările politice. Atari elemente n'au ce căuta in armată, pentrucă „armata nu trebue socotită ca o şcoală de reeducare a psichopaţilor, nici ca un refugiu al falişilor morali şi al inutilităţilor vieţii sociale".

Temeiurile tezei, admisă in pomenitul congres şi ulterior susţinută de cei doi colegi dela Val-de-Grâce, sunt irefutabile: ogorul celei mai nobile indatoriri cetăţeneşti trebue ferit de buruiana distrugătoare a debililor şi purtătorilor de tare mintale. Dar adoptarea ei impune şi aceea a corolarului punerii lor la carantină in viaţa socială, pentrucă altfel, ar insemna crearea unui privilegiu monstruos în favoarea unor descalificaţi cari, scutiţi de sarcina serviciului militar in timp de pace şi la adăpost de riscurile din vreme de războiu, „pot, nestingheriţi, să se înfigă in primele rânduri ale societăţii, ca financiari, parlamentari, miniştri, — iar ironia vicisitudinilor să aducă, in calitate de ministru de războiu, pe unul din aceşti taraţi in capul aceleiaş armate care nu l-a admis nici măcar ca simplu soldat" — după cum, cu o indreptăţită revoltă şi ingrijorare, se exprimă *Desfosses* in observaţiunile ce publică, în aceiaş chestiune in *„La Presse Médicale"* (9 Februarie 1929).

Vom încheia cu concluzia lui Desfosses:

„Nu ajunge să cerem de a i se lua desechilibratului psichic posibilitatea de a semăna desordinea intr'un pluton sau intr'un batalion, de vreme ce îi lăsăm, în viaţa civilă, o libertate prin nimic îngrădită de a exercita asupra norodului o acţiune sugestivă cu atât mai mare cu cât inteligenţa lui lipsită de frâul moral va avea mai multă imaginaţie, va găsi in judecata-i alterată mai puţine piedici, iar in conştiinţa lui o mai pronunţată absenţă de scrupul. Şi istoria modernă abundă în astfel de specimene". Neavând ce căuta in armată, semi-nebunii trebuie ţinuţi la distanţă şi in viaţa civilă.

CAP. III

SIMULAREA. EXAGERAREA ŞI PROVOCAREA AFECŢIUNILOR ŞI A LEZIUNILOR

> *„Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades"*.

In această maximă, cu aparenţă de paradox ştiinţific, găsim definită sarcina expertului, civil ori militar, ori decâteori se află în prezenţa unui suspect: nici idea preconcepută că simptomele cutărei afecţiuni sau leziuni nu se pot crea in mod artificial, nici pornirea impotriva celui examinat, pe simpla consideraţiune a absenţei unuia sau mai multora din simptomele cari, in teoria patognomonică, trebuie să caracterizeze o anumită boală, infirmitate sau leziune. Starea morbidă e individualizată, ca una ce e in funcţiune de constituţia anatomică, de condiţiunile biologice şi fiziologice ale fiecărei entităţi umane, şi deaceea numai în cazuri foarte rare ea corespunde cu formula simptomatologică depe eticheta patologică — aceasta din urmă făcând parte dintr'o catalogare ideală. Necălăuzindu-se decât de aceasta, omul artei riscă să-şi încarce conştiinţa cu păcatul unei adevărate crime, după cum mărturiseşte *Fodéré*, urmărit toată vieaţa sa de mustrarea de cuget de a fi văzut cu ochii lui moartea unui soldat care se plângea de intense dureri reumatice, şi pe care-l declarase simulator, numai pentru faptul că piciorul bolnav nu prezinta simptomele slăbirii şi deformării — aşa cum scrie la carte.

E uşor să decretezi simularea, greu, enorm de greu e s'o demonstrezi. Şi apoi, însăşi demonstraţia, inconjurată cu toate garanţiile de sinceritate, e de multe ori atât de fragilă, pentrucă: *„il existe des hommes certains, mais il n'existe pas de certitude"* (Renouvier). Deaceea, medicului-expert, precum am spus-o şi n'o putem repeta îndeajuns, i se cere, pe lângă cunoştinţi aprofundate, o bogată experienţă, o mare perspicacitate şi o inepuizabilă doză de răbdare. Cum să ne pronunţăm cu uşurinţă asupra unui om viu, la care atâtea elemente de edificare sunt şi de ordin pur subiectiv, atunci când însăş autopsia nu ne dă cheea enigmei in numeroasele cazuri de morţi subite!

E adevărat că simularea tentează, dar dela legendarul Ulysse, căruia i se atribuie paternitatea sistemului de a se sustrage dela serviciul militar, şi dela vechii „meşteri" romani în arta de a crea artificial debilitatea constituțională, profilaxia anti-simulatoare a făcut progrese uimitoare și nici acei cari, fie pentru a se sustrage dela o îndatorire, fie pentru a-și ușura răspunderea civilă sau penală, simulează o boală, nu mai sunt atât de naivi ca să-și închipuie că ajunge să încerci, ca înșelăciunea să isbutească. Astăzi se știe că știința dispune de un aproape inepuizabil arsenal de investigație și de depistare și deaceea simularea propriu-zisă a scăzut enorm: ceeace se întâlnește mai frecvent e *exagerarea* afecțiunii, infirmității sau leziunii, stare de spirit atât de bine caracterizată de *Lasègue*: *„On ne simule bien que ce qu'on a"* — și nu prea sunt mulți acei cari se'ncumetă să prostească pe medic, atunci când au conștiința absenței totale a elementelor formulei simptomatologice a stării morbide invocate.

Cât despre rănile, voluntar provocate, recomandăm regula generală de diferențiare atât de lapidar formulată de *Briand*: Omul artei, chemat să constate dacă o rană e reală sau simulată, trebuie să vadă întâiu, dacă leziunea e cu adevărat în raport cu cauza arătată. Adesea, unele răni sunt în aparență grave; în realitate, însă, instrumentul n'a atins decât pielea, cel mult mușchii sub-cutanați. Alte ori, forma și dimensiunile rănii sunt de așa natură, că e ușor să ne convingem că rana n'a putut fi făcută cu instrumentul cu care rănitul pretinde a fi fost lovit. Sau aceste răni erau imposibile în pozițiunea în care, după însăș spusele rănitului, acesta s'ar fi aflat. Insfârșit, găurile, rupturile depe haine nu corespunde rănilor.

* * *

Ar fi să umplem pagini numai cu simpla enumărare a capitolelor speciale din tratatele de patologie externă și internă, din tratatele de medicină legală, cu pomenirea comunicărilor făcute la diversele asociațiuni științifice și la congrese, cu rezumarea studiilor consacrate fiecărei varietăți de simulare, cu înșirarea titlurilor manualelor și tratatelor inchinate exclusiv explorării domeniului ingeniozității în arta mai mult sau mai puțin desăvârșită, de a crea stări patologice imaginare sau numai voit exagerate.

Simularea a furnizat material de cercetare și de interpretare unei extrem de bogate literaturi de specialitate. Din atâtea și atâtea nume cu autoritate nediscutată în materie, reținem pe acela al lui *Boisseau*, din al cărui „Traité des maladies simulées" — 1870 s'au inspirat mai toți autorii de manuale de atunci publicate: *Derblich*, spre a nu-l cita decât pe acesta, n'a făcut decât să rezume și să adapteze în nemțește opera lui Boisseau; *Miletici* (adaptatorul și adnotatorul în românește al lui Derblich), etc. O mențiune deosebită pentru *Chavigny*, medic militar și profesor la Facultatea din Strasbourg, al cărui magistral *„Diagnostic des maladies simulées"* (Paris, 1921) cu cele 545 pagini ale lui, constitue cea mai completă și totodată mai controlată operă didactică pentru studiul simulării bolilor și de care ne-am servit mai mult în analiza mijloacelor de verificare a faptelor medicale cari pot solicita intervenția medicului legist.

I. Bolile generale

Examenul acestora reclamă multă sagacitate din partea expertului, pentrucă adesea are de examinat o afecțiune la debutul ei și simptomatologia acesteia prezintă multe lacune.

1. **Debilitatea generală artificială** se provoacă deobiceiu prin postire, purgative drastice, vomitive, ingerarea de substanțe otrăvitoare (arsenic, plumb, iod, mercur), cantități mari de oțet, introducerea de usturoiu în anus, fumatul exagerat de tutunuri tari, etc.

Debilitatea generală provocată se diferențiază de cea naturală, pe calea de eliminare a acelor afecțiuni cari, la debutul lor, în absența unor simptome obiective, pot da naștere la bănuială de simulare, — afecțiuni cum ar fi tuberculoza incipientă, neurastenia, histero-neurastenia. Pentru manifestațiunile *tuberculoase* (dintre cari cea mai insidioasă în perioada prodromică e *meningita tuberculoasă)* verificarea se face cu ajutorul radioscopiei, al sero-diagnosticului, al spirometriei, al cytodiagnosticului revărsărilor pleuretice, al chimismului respirator, al analizei scuipatului, al explorațiunii clinice și, în timpul unei observațiuni mai lungi, prin cântărirea periodică a individului.

a) *Frigurile.* — Mijlocul de control indicat e termometrul. Expertul trebuie însă să supravegheze în persoană luarea temperaturii, pentru preîntâmpinarea fraudelor: mișcarea instrumentului, frecarea lui, sub plapumă, între cutele cearșeafului sau ale cămășii, face să se ridice mercurul până la 38° și 39°. Trebuie exclus termometrul a maxima. De preferință temperatura rectală.

Cât despre frigurile zise histerice, realitatea lor e azi cu hotărîre contestată.

b) *Pulsul.* — Frecvența și amplitudinea pulsației radiale sunt artificial provocate prin: urcarea pe nerăsuflate a scărilor, un drum lung și obositor pe jos, starea de apnee voluntară, lovirea cotului de zid.

2. **Anemia** se provoacă prin: fricțiuni cu pomezi mercuriale, nopți albe după o muncă obositoare, insuficiență alimentară, abuz de alcool, ceaiu și cafea.

3. **Diabetul.** — Urina putând fi sofisticată prin adăugire de glucoză, medicul nu va examina decât urina emisă în prezența lui. Individul bănuit că și-a provocat diabetul cu ajutorul floridzinei, va fi izolat, percheziționat și apoi pus sub observație. Diagnosticul comportă, în afară de examenul urologic complect, un examen clinic amănunțit.

4. **Scorbutul** se simulează prin cauterizarea gingiilor cu acizi sau cu sare de bucătărie, ventuze uscate, prin tatuarea și colorarea extremităților spre a le da aspectul hemoragiilor multiple caracteristice în această afecțiune generală.

Diagnosticul diferențial. — In scorbutul autentic se notează: o debilitate generală cu o slăbire notabilă a energiei musculare; aspectul cachetic și colorația lividă a gingiilor tumefiate și spongioase; predispoziția la hemoragii, mirosul fetid al gurii, echimosele tegumentare, ulcerele greu de vindecat pe extremitățile inferioare și în regiunea sacrală, infiltrațiunea musculară a gambelor. In ce privește colorația gingiilor și a extremităților, o simplă spălătură ajunge pentru demascarea eventualului simulator.

5. **Tetanosul** e simulat prin unele atacuri de histerie. Accidente spasmodice simulând perfect tetanosul, au fost observate la un bărbat care suportase operația circumciziei *(Pitres).*

6. **Turbarea** e simulată, fie pentru scăparea de serviciul militar, fie

pentru șantajarea proprietarului câinelui. Diagnosticul diferențial e lesne de făcut, grație cunoștințelor ce avem în ce privește accidentele nervoase consecutive transmisiunii virusului turbării prin mușcătura de animal sau de om.

7. **Erisipelul:** provocarea unei dermite erisipelatoase prin aplicarea unei substanțe vesicante (a cărei prezență se poate identifica pe calea analizei chimice). Deobiceiu, erisipelul simulat e apiretic, iar un excelent element de diagnostic e examenul formulei leucocitare.

8. **Oreionul** se obține prin injecția subcutanată de aer, provocată prin strângerea nărilor și astuparea gurii cu mâna: tumefacția ce rezultă e sonoră la percuție și e însoțită de un emfizem cutanat. La examen nu se constată temperatură.

9. **Lepra:** un caz de lepră tuberculoasă provocată prin inocularea voluntară de puroiu lepros la ante-braț *(Coffin).*

10. **Intoxicațiunile.** — Intoxicație voluntară printr'o *decocție de dafin*, provocând o încetinire a pulsului la 37 pe minut *(Bonnette).*

Intoxicațiile cu *morfină, hașiș, ether, opium, cocaină, heroină,* etc. sunt foarte frecvente. Simptomele sunt bine determinate.

II. Bolile de piele

Ele sunt provocate sau exagerate, fie prin frecarea cu un corp aspru (perie, de exemplu), fie cu ajutorul unor escitante și caustice: urzici, muștar, tartru stibiat, cantaridă, thapsia, usturoiu strivit, suc de euforb, pucioasă, ipeca, diverși acizi.

E de notat că afecțiunile simulate se diferențiază lesne de leziunile autentice. Mai greu e când ne aflăm în prezența unor leziuni cutanate întreținute, cari totuși isbesc prin aceea că vindecarea lor întârzie prea mult: atunci se caută să se identifice agentul de întreținere a afecțiunii.

1. **Dermatozele**, cari de obiceiu au o configurație geometrică (poligonală sau circulară), se provoacă prin lichide caustice, prin substanțe iritante sau prin fricțiuni cu un corp aspru.

Cele mai frecvente sunt:

a) *Eritemul simplu* — erisipeloidul — provocat prin făina de muștar, thapsia, scoarța de dafine, uleiu de croton, sau prin frecarea cu o bucată de stofă aspră ori cu o perie.

b) *Bășicarea:* cu cantaridă, tinctură de iod, rădăcini și frunze de diverse renoncule, de clematită.

c) *Pustulele:* mai mici cu uleiu de croton, iar cele mai voluminoase se obțin prin înțepături, escoriații cu unghia, cu un corp aspru, ori prin inocularea de produse de secrețiune pe leziuni pustuloase antecedente.

d) *Leziunile ulceroase:* contuziuni repetate cu un corp solid, escoriații cu corpuri aspre (șmirghel, pilă, perie), fricțiuni cu sare, arsuri (chibrituri, țigară), fier înroșit, diferite substanțe caustice (acizi, alcaline, săruri).

Individul atins de un ulcer cronic e, în general, de un temperament slab, cu pielea palidă, iar membrul ulcerat e ușor atrofiat sau, cel puțin, foarte varicos. Dacă însă cel examinat are o înfățișare de om voinic, fără glande gâtuite cu marginile ulcerului rotunde și brune și cu fondul lui de un roșu aprins, cu vecinătatea inflamată cu pete sau bășici, e locul să bănuim frauda. *Controlul:* se aplică pe membrul ulcerat un bandaj înfășurat, pe care, cu cerneală, se trag linii; dacă suspectul desface bandajul, în vederea unor manopere de întreţinere a ulceraţiei, se va cunoaşte numaidecât prin deplasarea liniilor cari marchează circularele primitive ale bandajului.

e) *Escare:* cu un emplastru de săpun şi sare.

f) *Râia:* prin înţepături cu un ac în spaţiile interdigitale şi frecarea cu o soluţie concentrată de sare.

2. Turburările pigmentaţiei şi secreţiunile colorate:

a) *Chromidrosa:* Panas recomandă curăţirea pleoapelor şi observarea persoanei timp de 1—2 ore. *Spring* a dovedit simularea prin aplicarea pe faţă a unui strat subţire de colodiu, prin care, după 24 ore, a străbătut substanţa colorantă.

b) *Hiperidrosă plantară* simulată cu ajutorul unor prelungite băi calde de picioare şi aplicarea ulterioară a unei cârpe muiate în urină *(Edgard Blum).*

3. Bolile pielei capului. — a) *Inocularea favusului.*

b) *Chelbea* poate fi simulată prin turnarea câtorva picături de acid azotic pe pielea capului. Diagnosticul clinic (părul nu are caracterele speciale ale acestei alopecii) se complectează cu examenul microscopic.

c) *Pelada* poate fi simulată prin epilare. Demascarea se face printr'un pansament oclusiv de colodiu: creşterea în massa a părului devine repede vizibilă. — Cât despre *inocularea* peladei, *Chavigny* e sceptic, deoarece mulţi bacteriologi contestă caracterul ei contagios.

III. Leziunile chirurgicale

Diferenţiarea unei leziuni naturale de una provocată se face numai pe baza unui minuţios diagnostic.

1. Edemul dur al dosului mânii (pentru întâia oară descrise de *Secretan)* se poate provoca prin lovirea înceată şi repetată cu un corp tare, în vreme ce încheetura mânii e legată strâns spre a se produce o stasă venoasă.

2. Echimozele cutanate: fie prin loviri repetate, fie prin sugere *(cu gura:* echimozele sunt ovale; *cu ventuze,* ele sunt rotunde). — *Echimozele vechi* pot fi simulate fie prin frecarea cu o bucată de plumb, fie prin frecarea cu urzici sau cu ajutorul nitratului de argint. Invechindu-se, echimozele acestea artificiale nu se modifică.

3. Escoriaţiile se întreţin: fie prin frecarea cu săpun şi reaşezarea pansamentului, fie prin frecarea rănii cu un amestec de sare sau sticlă pisată, după aceea se spală pentru înlăturarea urmelor suspecte.

4. Muşcăturile se imitează cu ajutorul unor pense dinţate speciale, cari variază după dantura animalului al cărui proprietar urmează să fie şantajat.

5. Flegmoanele. — a) *Flegmoanele septice:* un fir de aţă sau un fir de păr, în prealabil îmbibat cu tartru dentar, puroiu, substanţă putrefiată, materii fecale, e tras printr'o încreţitură a pielii. — *Diagnosticul:* se caută în mijlocul porţiunii lezate două găuri mici, cu o distanţă de 2—4 cm. între ele. — Se mai poate provoca prin introducerea directă de tartru dentar într'o inciziune făcută în ţesutul celular sub-cutanat.

b) *Flegmoanele aseptice:* injecţiuni subcutanate cu petrol, apă săpunită, urină, esenţă de terebentină. — *Diagnosticul:* la incizie, puroiul are un aspect special, iar mirosul indică substanţa injectată. — O altă indicaţiune preţioasă o dă examenul cytologig al constituţiei acestui puroiu: în loc să fie alcătuit aproape exclusiv din leucocite, conţine până la 50% celule mononucleare mari. Iar pe cale histo-chimică se identifică prezenţa, în conţinutul acestor celule speciale, a unor mici picături din substanța întrebuințată (Fauré-Frémiet: „Étude sur les abcès provoqués par injection de substances non septiques", 1920).

6. **Rănile infecțioase**: aplicarea unei bucăți de carne putrefiată pe piele, în prealabil frecată cu un corp aspru sau cu substanțe iritante. In armată, infecțiunea se poate obține prin infectarea unei simple escoriațiuni cu unsoarea întrebuințată pentru întreținerea armei. Se mai pot realiza la nivelul maleolei interne, prin următorul procedeu, verificat în cursul marelui războiu: provocarea unei arsuri a pielei cu o bucată de postav aprinsă, frecarea subsequentă sau aplicarea unui pansament cu o bucată de pânză muiată în clăbuci de săpun: după 12—24 ore, se observă o infecție și o infiltrare a tegumentelor *(Weisselfisch)*.

7. **Tumori subcutanate**. - Cea mai caracteristică tumoare artificială e *vaselinomul* (elaiomul), obținut prin injectarea uleiului de vaselină. Vaselinoamele, cari au aspectul unor masse fibroase, sunt provocate de preferință în preajma articulațiilor (genunchiu sau gleznă) sau în regiunea scrotumului. Ganglionii corespunzători regiunii infiltrate cresc în volum și conțin și ei picături din uleiul injectat. Vaselinomul se comportă ca o tumoare malignă, de vreme ce s'a văzut că el se reproduce *in situ*, chiar după o extirpațiune chirurgicală complectă.

Diagnosticul se face prin procedeul Biondi-Mariani: cu ajutorul unei seringe Pravaz se prelevează, din lichidul tumorii, o picătură, a cărei natură se identifică prin tratarea ei cu albastrul de Nil.

Jacob și *Fauré-Frémiet* au observat cazuri de formare de vaselinoame la oameni cărora li se făcuse injecții terapeutice cu uleiu de vaselină.

9. **Arsurile**: prin acidul sulfuric, acidul clorhidric, iar pentru evitarea înegririi arsurii se toarnă imediat peste rană untură topită. Se mai poate provoca prin frecare intensă cu un amestec de sare de bucătărie și de săpun negru.

9. **Elefantiasis și sarcom** prin injecții de parafină. S'a obținut astfel un elefantiasis al scrotumului *(Kustner)* și un sarcom în unghiul maxilarului inferior *(Goldenberg)*.

10. **Cicatricele** pot fi invocate întru pretextarea unei jene funcționale. — Jena mecanică se poate diagnostica prin aplicarea benzii lui Esmarch și prin utilizarea goniometrului pentru determinarea gradului de funcționare a articulațiunilor. Expertul va stabili simptomele obiective concomitente, va face o anchetă asupra impotenței obicinuite, va studia atitudinile vicioase și va examina mentalitatea individului, pentru identificarea unor eventuale turburări nervoase.

11. **Atentatele simulate** se demască prin examinarea rănilor, a escoriațiunilor. — O atenție deosebită trebuie dată atentatelor imaginare, în deosebi când e vorba de atentatele la pudoare, născocite fie din răzbunare, fie sub imperiul unui desechilibru de natură histerică, fie însfârșit sub acela al sugestiunii (mai ales la copii cari sunt prin excelență mythomani).

12. **Tulburările contractilității musculare**. — Noi propunem ca mijloc de verificare narcoza prin eter sau cloroform, deși *Chavigny*, *Dejerine*, *Pitres* contestă valoarea acestui procedeu, pentrucă, după ei, narcoza ar avea de efect de a suprima orice contractură (de origine periferică, medulară, centrală, psichică sau voită). E însă de netăgăduit, că narcoticele permit diferențiarea unei contracturi de o retracțiune aceasta din urmă neputând fi niciodată simulată.

Mijlocul eficace de verificare e diagnosticul diferențial al tuturor cauzelor obicinuite ale contracturilor: afecțiunile cerebrale (în cari fascia piramidală e atinsă în originile sau în traectul ei), bolile măduvii spinării interesând fascia piramidală, nevrozele, intoxicațiunea cu strichnină, virusul turbării, tetanosul, scorbutul, histeria. — Pentru diferențiarea unei contracturi histerice de una simulată, *Charcot* recomandă tracțiunea continuă, cu înregistrarea traseului zguduirilor musculare: la histeric contractura cedează treptat — o destindere regulată care traduce efectul progresiv al oboselii musculare; simulatorul, din contră, care face sforțări voluntare spre a rezista, nu se poate împiedeca de a produce zguduiri cari, pe traseu, se înscriu cu mari neregularități. — Tot atât de caracteristic e, dacă se ia, simultan sau izolat, traseul respirator.

Din faptul încetării brusce a contracturii, nu trebue numai decât se se deducă simularea: *Charcot* a înregistrat numeroase asemenea vindecări.

13. Herniile. — Atribuirea unei hernii vechi unui traumatism recent (accident de muncă) necesită o intervenție a expertului: examenul direct îi va desvălui existența urmelor bandajului, iar ancheta va confirma această constatare.

Impotența funcțională variază după hernii și după individ. Pentru aprecierea durerilor de cari se plânge herniosul, medicul se călăuzește după următoarele elemente: sediul herniei (o hernie a liniei albe, chiar de volum redus, e mai dureroasă ca o hernie mare inguinală); aderențele între sac și organele din interiorul acestuia (reducția incompleectă); mentalitatea bolnavului, starea lui nervoasă.

Herniile suportabile nu trebuesc numai decât operate, pentrucă de regulă cicatricea intervenției chirurgicale mărește cu mult incapacitatea de lucru.

14. Afecțiunile scheletului. — Grație radiografiei se pot identifica leziuni a căror ignoranță ar putea justifica bănuiala de simulare.

a) Perioada medico-legală a *fracturilor* începe din ziua ridicării aparatului imobilizator, când expertul are să se pronunțe asupra realității înțepenirilor articulare, a pareziilor reflexe sau dinamice (cu sau fără atrofie musculară), a contracturilor histerice.

b) Șchiopătarea. — Orice jenă prelungită a mersului lasă o urmă pe talpa încălțămintei; de aceea expertul va căuta graficul natural al pasului și totodată va lua amprenta plantară a ambelor picioare. Unele neregularități ale mersului se notează foarte bine cu urechea.

Schiopătarea intermitentă, cu manifestarea exagerată a durerii, justifică bănuiala de simulare.

c) Picior forțat. — Cele două leziuni principale ale piciorului, fractura metatarsienelor și artrita multiplelor articulații, se pot indentifica prin auscultație (procedeul lui *Weber*); paralel cu durerile cari își au sediul în picioare există afecțiuni cardiace consecutive reumatismului articular. In absența unei alte afecțiuni, se caută dacă individul n'are blenoragie (artrita blenoragică, al cărei sediu obicinuit e la genunchi, se localizează uneori în laba piciorului). Dacă pe talpa piciorului există o umflătură, la nivelul unuia sau a mai multor metatarsieni, atunci avem a face cu un picior forțat.

d) Metatarsalgia sau *morbul lui Morton*, un sindrom dureros cu localizarea la nivelul capetelor metatarsienilor, fără existența vreunui semn obiectiv.

e) Afecțiunile articulare. — Dispariția revărsării articulare nu e un semn al vindecării: dacă leziunea e articulară, prognosticul e muscular, iar în ce privește genunchiul, atrofia tricepsului e esențială. — *Artritele* și *reumatismul* se simulează prin percuția repetată a genunchiului cu un săculeț de nisip, timp de 15—30 minute: se produce o umflătură datorită unei periartrite și se aud chiar pârâituri articulare.

Simularea afecțiunilor genunchiului se demască prin observație: intermitența schiopătării — individul, uitându-și rolul, uită se schiopăteze. — O cauză de eroare în apreciere se poate căuta în existența arthropatiilor variabile în simptomele lor. Arthropatia histerică e foarte frecventă.

f) Luxația. — Procedeul de predilecție pentru provocarea artificială a luaxației e următorul: sub gleznă se așează un dop, se încalță piciorul la loc și apoi cu marginea piciorului se lovește cu putere în zid: luxația e gata.

g) Coxalgiile. — Dacă observăm o schiopătare a șoldului, fără notarea unei cauze apreciabile (a unei leziuni articulare), să nu uităm de existența pseudo-coxalgiei histerice înainte de a ne pronunța pentru simulare.

In cazul când coxalgia e complicată, prin contractură, cu atitudini vicioase, simularea se poate dovedi prin procedeul lui *Charcot*: tracțiune continuă (procedeu descris la „Turburările contractilității musculare")

IV. Afecțiunile pulmonare

Pretându-se mai ales la exagerare și provocare, acestea pot fi ușor identificate prin diagnosticul diferențial, clinic și bacteriologic.

1. Bronșita poate fi provocată pe cale de expunere la răceală, ori prin fumarea de tutun amestecat cu praf de pucioasă, inhalarea de gaze iritante.

2. Tuberculoza pulmonară se pretează la fraude, fie prin substituirea scuipatului de examinat, fie prin sofisticarea acestuia, dându-i o falsă aparență de amestec cu sânge *hemoptoic* (prin adiționarea eosinei sau a sângelui sănătos).

a) *Substituirea scuipatului*: în vederea examenului, unii țin în gură scuipat expectorat de un ftizic (cazuri semnalate de *Dorotéa*).

b) *Falsa hemoptizie se obține*: 1) prin adiționarea *eosinei* la scuipat; 2) prin amestecarea scuipatului cu sânge, care poate proveni, prin eroziune, din gură sau faringe, ori prin sugerea sângelui dintr'o înțepătură a degetului; 3) prin amestecarea scuipatului cu sânge animal.

Dar chiar o hemoptizie autentică nu e întotdeauna un semn pozitiv al unei leziuni pulmonare. Pentrucă adesea, în perioada hemoptiziilor pretuberculoase, semnele de auscultație sunt foarte atenuate și există o afecțiune care simulează foarte mult hemoptizia tuberculoasă: e vorba de hemosialimesa (descrisă de *Josserand*), accident de natură histerică (datorit unui traumatism). Caracteristica *hemosialimesei*: lichidul, pus într'un pahar conic, se imparte, după trecerea de 24 ore, în trei straturi suprapuse: stratul superior foarte roșu, bogat în hemoglobină și foarte sărac în hematii; stratul median colorat în roz; stratul inferior, de un roșu bătând în cenușiu, constituit de celulele epiteliale și de globulele roșii foarte decolorate.

Diagnosticul tuberculozei comportă: 1) examenul clinic; 2) radioscopia și radiografia (cari însă pot da loc și la erori de interpretare a imaginilor; 3) proba tuberculinei sau a sero-diagnosticului tuberculos, oculo-reacția (susceptibile de cauze de eroare, prin aceea că notează leziuni tuberculoase la indivizi clinicește vindecați); 4) analiza bacteriologică, făcută însă cu toate garanțiile de sinceritate în ce privește proveniența expectorației examinate.

Atunci când e vorba de stabilit o legătură între o tuberculoză incipientă și un traumatism, se recomandă următoarele reguli de expertiză:

1) ancheta asupra stării anterioare a bolnavului; 2) stabilirea unui raport dela cauză la efect între locul contuziei toracice şi situaţia zonelor tuberculoase ale plămânului; 3) verificarea dacă imediat după traumatism s'a ivit o hemoptizie.

3. **Pleurezia sero-fibrinoasă**, fiind mai întotdeauna de natură tuberculoasă, e firesc ca simularea ei să ispitească fie pe sorţar ori soldat, fie pe un accidentat de muncă. Diagnosticul se stabileşte prin: 1) palpaţie, percuţie şi auscultaţie; 2) verificarea integrităţii mişcărilor toracelui; cu ajutorul unei aparat înregistrator special se inscrie traseul comparativ al dilatării fiecărui hemitorax şi, constatându-se o diferenţă notabilă, trebue exclusă ideea simulării. Deasemenea să se ţină seama şi de posibilitatea unei *pseudo-pleurezii de natură histerică.*

4. **Turburările ritmului respirator** se manifestă prin spasmurile, tonice ori clonice, ale diafragmei.

5. **Laringita** şi angina: prin aplicarea în jurul gâtului de comprese reci, ori prin fumarea de ţigări stropite cu alcool.

V. Bolile nasului şi ale gurii

Deşi numai câteva din ele pot justifica scutirea sau reforma, boalele acestea sunt în schimb un foarte frecvent element de fraudă, pentru obţinerea de concedii, în timpul serviciului militar.

1. **Afecţiunile foselor nazale.** — a) *Epistaxis* e uşor de simulat sau de provocat (mai ales când există o leziune a punctului hemoragic al lui Kiesselbach). Epistaxis-ul rebel (care poate fi datorit unei afecţiuni cardiace, morbului lui Bright) va fi controlat prin rinoscopia anterioară şi posterioară.

b) *Ozenul* poate fi provocat cu ajutorul unor corpi streini putrizi.

c) *Polipii* pot fi simulaţi prin introducerea în nări a rinichilor de iepuri sau a testiculelor de cocoşel.

Prezenţa corpilor streini se notează însă şi la histerici.

2. **Afecţiunile cavităţii bucale.** — *Simularea fluxiunii dentare* sau a unui *emfizem al obrazului*, care se provoacă prin insuflarea aerului în canalul lui Stenon. Frauda e dovedită prin dilatarea pronunţată a acestui canal.

3. **Dentiţiunea.** — a) *Caria dentară generalizată* nu poate fi provocată.

b) *Urmele de infecţiune din perioada evoluţiei dentare.* — Nu numai sifilisul ereditar, ci şi convulsiunile din anii copilăriei, febra tifoidă sau orice altă boală gravă (între 8 şi 12 ani) lasă ca stigmat striuri transversale pe incisivii primei dentiţii şi cari vor fi moştenite de incisivii din a doua dentiţiune.

VI. Bolile urechii

Graţie progreselor realizate de otologie, boalele acestea nu mai pot fi lesne simulate.

1. **Afecţiunile urechii externe şi ale urechii mijlocii.** — Surditatea unilaterală sau bilaterală poate fi provocată prin obstrucţiunea voluntară a conductului auditiv (introducerea de corpi streini sau de amestecuri semifluide în urechea externă). Curăţirea urechii şi examenul cu speculum şi cu oglinda dovedesc frauda.

Otita medie cu otoree poate fi obținută prin injectarea unei soluții concentrate de acid acetic în conductul auditiv. — *Perforarea timpanului* cu un ac nu ajunge să provoace surditatea, dacă puncția nu e însoțită de o inoculare septică a urechii mijlocii.

Surditatea reală poate fi datorită unei scleroze progresive a timpanului.

2. Turburările subiective, cari se pretează simulării, sunt: amețeala, vâjâitul, surditatea.

a) *Surditatea unilaterală* simulată se verifică întâiu prin cercetarea acuității auditive a ambelor urechi, după obturația lor alternativă. Apoi se examinează transmisiunea craniană. Prezența unei leziuni a urechii externe și mijlocii nu înlătură simularea. Nu trebue însă să se uite că, în otita medie cu scleroza interstițială progresivă, infirmul urmărește mai bine o conversație în mijlocul zgomotului decât în tăcere (paracusia lui Willis). Deasemenea, șoapta e mai bine auzită decât glasul tare de o ureche cu timpanul perforat și cu distrugerea ciocanului și a nicovalei. Există și o histerie a urechiei și deaceea, numai după ce s'a eliminat prezența elementului histeric, *se poate recurge la proba care consistă în a face pe cel examinat ca, după ce a repetat cuvintele auzite cu urechea sănătoasă, să repete și cele auzite, fără s'o știe și cu urechea pretinsă bolnavă.*

b) *Surditatea bilaterală* adevărată, traducându-se uneori printr'o stare de deprimare mintală, trebue să fie caracterizată și prin modificarea mimicei. Proba cu gradarea vocii în descreștere cu o înjurătură rostită încet la urechea celui examinat, precum și proba cu zgomotul produs de căderea unei monezi sau a unui pahar (ceașcă, etc.) pe parchet nu sunt concludente, pentrucă tocmai simulatorii vor ști să-și joace rolul, pe când surdul adevărat poate uneori percepe și vocea slabă și sgomotul.

Diagnosticul comportă: ancheta, examenul complect al urechii, surpriza (la un moment dat simulatorul poate să se trădeze). Dintre procedeele întrebuințate, cel mai ingenios e al lui Gowseff: Alternativ se freacă mai întâiu cu mâna, apoi cu o perie pe spatele hainei celui examinat; la fel se operează cu altă persoană așezată cu spatele în imediata apropiere a suspectului: acesta din urmă trebue să spună instantaneu ce aude. Surdul adevărat nu se 'nșeală, pe când simulatorul confundă într'una sensația tactilă cu cea auditivă. — Proba aceasta e concludentă cu condițiunea ca în prealabil să se stabilească în mod neîndoios că suspectul nu suferă de o surditate de natură histerică, aceasta comportându-se exact la fel cu surditatea simulată.

c) *Surditatea verbală pură.* — Bolnavul aude ușor sgomotele, dar nu prinde înțelesul cuvintelor ce i se adresează. Incapabil de a scrie sub dictare, e în stare, în schimb, să scrie spontan, să citească, indiferent cu glas tare sau încet, să copieze literele scrise sau tipărite.

VII. Turburările vorbirii

Acestea au dat, dau și vor mai da loc la încercări de mistificare, cu mai multe sau mai puține șanse de succes.

1. Gângăvitul e coexistent cu histeria, degenerescența mintală, neurastenia. — Proba cloroformizării, preconizată de unii pentru dovedirea simulării, noi o combatem cu hotărîre, ca fiind periculoasă. Singurul mijloc de control e ancheta și formula simptomatologică: turburări respiratorii, intermitența și dispariția totală a infirmității în timpul cântării.

a) ***Gângăvitul asociat cu unele ticuri:*** un fel de sughiț sgomotos sau o inspirație șuerătoare și sacadată, apoi spasmuri ritmate ale feței, ale unuia din brațe, ale unuia din picioare care bate în cadență, în timp ce infirmul se înalță în vârful degetelor celuilalt picior.

b) Gângăvitul histeric, în opoziție cu gângăvitul esențial care apare din copilărie, se produce brusc la o vârstă înaintată, consecutiv unei emoțiuni sau unui traumatism. Gângăvitul histeric poate precede sau succede mutismului histeric sau să alterneze cu afonia histerică *(Charcot).*

2. **Afazia** (pierderea memoriei semnelor pentru exprimarea ideilor) prezintă câteva varietăți: ***afazia recepțiunii, afazia transmisiunii, cecitatea*** sau ***surditatea verbală, agrafia, amusia dislexia, parafazia, alalia idiopatică.*** Consecutivă unei boli sau unui traumatism, afazia nu prea dă loc la încercări de simulare.

3. **Afonia** (stingerea vocii, care nu mai are decât caracterul de șoaptă) tentează des pe simulatori. Ea e datorită unei paralizii a coardelor vocale, — paralizie consecutivă fie unei leziuni anatomice, fie unei histerii laringee.

Diagnosticul: determinarea, cu ajutorul laringoscopului, a pozițiunii exacte a coardelor; identificarea leziunii anatomice (leziunea trunchilor nervoși, leziunea bulbului, leziunea creerului, myopatiile laringee); studiul turburărilor funcționale ale vocii (cuvântul rostit, zgomotele laringee reflexe: țipetele de durere sau spaimă, tusea, strănutul, fluieratul); căutarea principalelor stigmate ale histeriei: semnul lui *Thaon de Wice* (prezența unei zone de anestezie cutanată pe fața anterioară a gâtului, la nivelul laringelui) și semnul lui *Sollier* (anestezia pielei capului la nivelul zonei motrice atinsă de nevroză, în ocurență zona circonvolutiunii lui Broca).

4. **Disartria** (dificultatea de articulare a cuvintelor) e datorită unei parezii sau unei paralizii a mușchilor fonatori (buzele, limba, etc.), deobiceiu consecutive unui traumatism sau unei spaime. Tentează pe simulatori cari pot fi ușor demascați prin aceea că, în cursul unui interogatoriu prelungit, se trădează singuri.

5. **Mutismul** (absența totală a graiului articulat) poate fi congenital sau dobândit de mic copil, sau datorit unei grave degenerări mintale (idioția). Poate fi datorit și unui traumatism al capului, sau alienației mintale dobândite (mutismul ca simptom inițial la unii melancolici, care nu suprimă monologul interior — tradus prin atitudine și gesturi și care se prezintă cu intermitențe). — Tipul cel mai straniu, cu mai pronunțat caracter de intermitență, e acela al ***mutismului histeric*** (consecutiv unei infecțiuni sau unui traumatism) însoțit uneori și de o agrafie ciudată (o mută histerică, incapabilă să scrie cu penița, nu însă și cu creionul — *Déjérine).* Alte particularități ale mutismului histeric: conservarea sonorității obicinuite a tusei și strănutului, recăpătarea graiului în somn sau în urma unei impresiuni anodine (un mut histeric isbucnește în hohote de râs și reincepe să vorbească, la vederea unei femei care alunecă și se stropește cu supa din castronul pe care-l aducea la masă — *Robert).* — O emoțiune puternică poate și ea provoca mutismul (un dezertor, în momentul când este prins, pierde graiul și, cu toată cura terapeutică, rămâne mut timp de trei ani, pentru ca deodată, fără intervenția vreunei cauze externe, să-și recapete uzajul vorbirii — *Roth).*

Diagnosticul simulării: nu ajunge examenul limbii și al coardelor vocale (cari în anumite forme ale mutismului nu prezintă nici o leziune anatomică), ci trebue, în afară de ancheta asupra antecedentelor personale, să se procedă la un examen psichic și mintal cât mai amănunțit. Îndeosebi pentru identificarea mutismului histeric, se recomandă, cași pentru afonia cu caracter histeric, căutarea celor două zone de anestezie (semnul lui Wice și acela al lui

Sollier). Pentru expertiza cu demascarea unui interesant caz de mutism simulat, vezi: Vol. I, pag. 805 – 811.

6. Surdi-mutitatea, congenitală sau dobândită, are aceleaşi cauze caşi mutismul, aşa că i se aplică aceleaşi regule de expertiză, atunci când există bănuiala unei simulări.

VIII. Bolile ochilor

Ele tentează foarte mult pe simulatori.

1. **Conjunctivitele** se provoacă fie printr'o fricţiune puternică fie prin cauterizarea cu var, nisip, ipsos, cenuşă, sticlă pisată, pulbere de cantaride, de ipeca, praf de tutun, nitrat de argint, sulfat de cupru, sublimat corosiv, naftol. In cursul ultimului războiu s'a observat provocarea conjunctivitei cu ajutorul unui mic fragment de sămânţă de ricină, pus în fundul-de-sac conjunctival: reacţiunea se manifestează prin apariţia unor hemoragii sub-conjunctivale, în general limitate la regiunea inferioară bulbară, precum şi la conjunctiva care căptuşeşte pleoapa inferioară.

Conjunctivita artificială e frecvent unilaterală, în deosebi la ochiul drept.

Demascarea (procedeul lui *Kalt*): se freacă bine conjunctiva cu un mic tampon de fulmicoton, care e apoi uscat în etuvă la 50⁰. Se dizolvă fulmicotonul în alcool-eter, se evaporează uscat pe o lamă de sticlă şi pelicula se examinează cu lupa sau cu microscopul. Ipeca, de exemplu, se prezintă sub aspectul unor masse sumbre cu cari se colorează amidonul în albastru-negru, prin soluţia iodată a lui Gram. — Se mai recomandă explorarea fundurilor-de-sac, îndeosebi a celor de jos, în cari se mai pot găsi particule din substanţa iritantă.

Se întâlnesc şi conjunctivite blenoragice provocate.

2. **Blefaroptoza histerică**, care e destul de frecventă, dă de multe ori loc la bănueli nedrepte de simulare.

3. **Blefarospasmul** cu forma tonică sau clonică e o consecinţă a emoţiunilor şi a diverselor răni. Există şi un *blefarospasm histeric* cu o evoluţie foarte neregulată, care poate dispare brusc sub influenţa unei distracţiuni.

4. **Strabismul** nu poate fi simulat vreme îndelungată. — Strabismul voluntar e deobiceiu orizontal şi dă loc la o diplopie homonimă, rare ori eteronimă. Dovada fraudei se face prin neidentificarea nici unei cauze patogenice: o turburare a refracţiunii, o leziune vechie. Diplopia simulată se poate demasca prin întrebuinţarea diploscopului. — Există şi un strabism histeric.

5. **Globul ocular.** — Miopia traumatică e deobiceiu unilaterală. — Un lucrător atribuia o gomă a irisului unei arsuri prin cenuşe fierbinte, în cursul lucrului: la examen s'a dovedit că era o gomă sifilitică.

6. **Cataracta** (care de obiceiu e un semn al vârstei) poate fi şi ereditară. — Cataracta provocată printr'un instrument înţepător n'are deobiceiu, la început, forma cataractei spontane: are un punct de iradiaţiune excentric.

7. **Reflexul cornean.** — Abolirea acestui reflex e un semn obiectiv al insensibilităţii în atacul epileptic. La histerici, dimpotrivă, anestezia corneană e rară.

8. **Imobilitatea irisului.** — Unii indivizi pot obţine o dilataţie voluntară a pupilei. Imobilitatea pupilei poate fi obţinută prin instilarea câtorva picături de atropină, dar aceasta provoacă o mydriasă prea exagerată. Instilarea

cocainei, din contră, contribue la succesul momentan al fraudei, pentrucă mydriasa moderată provocată dispare după câteva ore. — Există şi o mydriasă histerică.

9. **Acuitatea vizuală.** — Anomaliile acesteia pot avea drept cauză: *a)* o leziune anatomică a părţilor situate înaintea retinei (leziunea membranelor, turburările mediilor refringente sau vicii de refracţiune); *b)* o leziune anatomică a retinei sau a părţilor subjacente; *c)* o simplă turburare psichică.

Există cazuri de cecitate psichică, de cecitate a sufletului, de vedere inconştientă, cari îngreuiază diagnosticul simulării, în prezenţa unui histeric ambliop *(Baudry)*.

a) *Ambliopia monoculară* simulată se demască prin următorul procedeu: printr'un dispozitiv special facem pe cel examinat ca, fără să-şi dea seama, să continue, cu ochiul pretins bolnav, cititul început cu ochiul sănătos. Dispozitivul în chestie constă in: *1)* o serie a cutiei lui Flees şi a echivalenţilor ei; *2)* interpunerea de prizme cari dau două imagini; *3)* interpunerea de sticle sferice cari suprimă viziunea ochiului sănătos; *4)* interpunerea unui corp opac, care maschează o parte din caracterele tabloului; *5)* diplopia provocată prin presiunea laterală pe ochiul ambliop; *6)* căutarea rezistenţei în reacţiunea pupilară; *7)* întrebuinţarea de sticle colorate.

Semnul acesta pozitiv e susceptibil de o eroare de interpretare, atunci când, cu toată absenţa unei insuficienţe anatomice, ne găsim în prezenţa, totdeauna posibilă, a unei ambliopii histerice. În cazul acesta, expertul va căuta să stabilească diagnosticul histeriei, după stigmatele caracteristice şi după rezultatul anchetei asupra crizelor convulsive anterioare.

b) *Ambliopia bilaterală (cecitatea).* — Conservarea pupilelor nu e un semn sigur al simulării, pentrucă atunci când o leziune distruge radiaţiunile optice într'o emisferă cerebrală dincolo de tuberculii quadrigemeni, reflexul luminos persistă în jumătatea câmpului vizual atins de hemianopsie (reflexul lui Wernicke). La fel, în cecitatea histerică. Tot atât de puţin probant e semnul lui Fallot: apropierea repede a unui corp înţepător de ochi şi numărarea bătăilor inimii, spre a se vedea dacă nu sunt accelerate. — *Willard* (1927) citează un caz de amaurosă bilaterală simulată de un soldat vreme de 14 luni — în care timp a fost ţinut in observaţie în spital; in cele din urmă a fost reformat — şi, imediat după aceasta... a recăpătat integritatea vederii.

10. **Strâmtarea câmpului vizual.** — Demascarea eventualei simulări se face prin compararea traseurilor luate cu campimetrul, instrumentul fiind aşezat succesiv la distanţe variate. — *Cauză de eroare:* la nevrozaţii în genere şi la histericii în particular măsurătoarea câmpului vizual poate varia în foarte largi proporţii şi să indice chiar un câmp vizual normal. Deaceea, înainte de a conchide, expertul va proceda şi la examenul celorlalte organe.

11. **Simţul culorilor.** — Alteraţiunile simţului chromatic sunt foarte frecvente după traumatisme. In unele cazuri eroarea în aprecierea culorilor e de origine psichică. Proba cu discul lui Newton nu e decisivă, pentrucă experienţele au arătat că atât omul atins de daltonism congenital cât şi în cazul unei dischromatopsii histerice, culoarea complimentară absentă e percepută în timpul rotirii discului.

12. **Hemeralopia** (slăbirea acuităţii vizuale în timpul nopţii) nu prea tentează pe simulatori, din cauza procedeelor întrebuinţate pentru demascarea fraudei: *a)* izolarea prelungită într'o cameră neagră; *b)* aplicarea unui bandaj negru peste ochi; *c)* administrarea de purgative drastice de cum înoptează pentru a-l sili pe cel suspect să se scoale noaptea de câteva ori spre a se duce singur, pe întuneric, la privată; *d)* ingerarea unei mari can-

tităţi de untură de peşte. — Atunci când hemeralopia are la bază o retinită pigmentară, prezenţa acesteia se poate identifica prin examenul oftalmoscopic. După teoria mai nouă, această afecţiune ar avea în genere ca origine o insuficienţă hepatică, insuficienţa alimentară şi surmenajul.

IX. Afecţiunile aparatului digestiv

Acestea constitue unul din cele mai interesante capitole ale studiului simulării bolilor, atât prin varietatea lor cât şi prin ingeniozitatea simulatorilor.

1. Digestiunea. — a) *Nevrozele digestive* işi au originea intr'o masticaţiune insuficientă.

b) *Nevrozele secreţiunii, ale sensibilităţii şi ale motilităţii stomacului; gastralgia, bulimia, merycismul, vărsăturile nervoase* sunt tot atâtea elemente necesare unui diagnostic diferenţial, pentru caracterizarea unui sindrom gastric suspect.

2. Tulburările apetitului şi ale ingerării. — *a)* Creta, albul de Spania servesc spre a provoca *aspectul saburral al limbii.*

b) *Absenţa apetitului* poate fi simulată, dar nu trebuie să se uite că la isterici ea e reală. *Anorexia* şi *sitiofobia* sunt caracteristice perioadei de debut al unor stări melancolice.

c) *Turburări ale gustului* (pica, malacia), turburări ale apetitului (bulimia, abstinenţa voluntară) işi au obârşia in afecţiuni mintale sau într'o nevroză.

d) *Obsesiunile digestive* sunt adesea pe nedrept luate ca simulate, ele fiind efectul unei stări anormale a căilor digestive.

e) *Dysfagia* e demascată prin introducerea sondei esofagiene de un calibru voluminos. — Cu toate acestea pot exista spasmuri reale ale esofagului, in cazuri de *esofagism* caracteristic epilepsiei, neurasteniei, melancoliei, hipochondriei, histeriei, deşi nu se constată o slăbire a organismului. Spasmul histeric al esofagului poate simula strâmtarea neoplasică.—Radiscopia şi radiografia pot induce in eroare in ce priveşte prezenţa unui corp strein introdus in esofag (s'a căutat identificarea unei plăci cu dinţi falşi, inghiţită şi oprită in esofag, pe când umbra inregistrată era datorită proecţiunii unei mici guşe kistice — *Ecot).*

3. Vărsăturile. — a) *Merycismul* simulat nu poate fi diagnosticat decât in urma unui examen complect. — Merycismul, care se'ntâlneşte la cei nervoşi, poate fi şi contagios prin imitaţie.

b) De multe ori localizarea digestivă a nevrozei se explică prin *carie dentară, ptosă intestinală;* bolnavii vomitează la 5—10 minute după ingerarea alimentelor, cu particularitatea că uneori varsă numai elementele solide, reţinând pe cele lichide.

c) *Vărsăturile reflexe* işi au originea in afecţiuni ale ficatului, rinichiului, in peritonită, constipaţie, helmintiasă intestinală, stenosă intestinală, excitaţie laringee, tumoare nazolă, vertij auricular.

d) *Vărsăturile periodice,* descrise de Leyden, nu au o cauză bine identificată.

e) *Vărsăturile incoercibile din perioada sarcinii* sunt de atribuit histeriei *(Mathieu Roux).*

Diagnosticul diferenţial pentru demascarea simulării necesită un examen amănunţit şi o observaţie foarte atentă.

4. Ingerarea de corpi streini. — Spre a simula persistenţa unui proectil

intra-abdominal, unii răniţi inghit fie o bilă, fie un cocoloş de miez de pâine imbrăcat in staniol, fie chiar un glonte. (*Edg. Blum*). Radiografia demască frauda.

5. **Colicile şi diareea** se provoacă prin inghiţirea de cantităţi mari de apă săpunată sau introducerea de piatră acră in anus. Se *demască* prin căutarea ghiorăitului intestinal in fosa iliaca dreaptă, prin izolarea, observaţia şi cântărirea suspectului. Numai examenul fecalelor nu poate inlătura frauda pentrucă se fac substituiri de scaune; pe vremuri, printre soldaţii francezi din garnizoanele din Cochinchina, cari voiau să se'ntoarcă in metropolă, se făcea un intins trafic cu scaunele disenterice.

6. **Crizele apendiculare** pot fi simulate şi sunt greu de demuscat, mai ales că există şi o apendicită histerică.

7. **Peritonita bacilară**, în perioada ei latentă, se manifestă prin dureri vagi, intermitente, fără posibilitatea notării unui simptom obiectiv, nici chiar acela al temperaturii. Expertul va fi foarte prudent, înainte de a se pronunţa pentru simulare; un element al diagnosticului il constitue cântărirea periodică a suspectului.

8. **Timpanita** poate fi reală şi chiar de natură histerică. Patologică, timpanita nu e datorită unei simple paralizii a muşchilor motori intestinali, ci şi unui mecanism de deglutiţiune care provoacă hipertensiunea gazoasă.

La femei, o timpanită nervoasă, mai frecvent histerică, simulează sarcina.

9. Pentru afecţiunile intestinale e greu de pus diagnosticul diferenţial pentru dovedirea simulării, pentrucă turburările digestiunii intestinale nu sunt incă bine indentificate cliniceşte.

Cât despre *helmintiasa intestinală* ea se verifică prin examenul fecalelor.

10. **Colicile hepatice** se pretează la simulare şi se demască numai prin rezistenţa suspectului la tratamentul terapeutic. — Sunt şi histerici cari de bună credinţă se plâng de asemenea colici (un soldat s'a declarat uşurat după ce a constatat cu ochii lui prezenţa unor pietricele în propriile lui dejecţiuni — pietricele pe cari le inghiţise şi acum le lua drept calculi — (*Chavigny*).

11. Icterul *provocat* (prin absorbţiunea de camforă in doze mari, amestec de tutun şi de pucioasă, carne sau peşte stricat) e greu de diferenţiat de icterul autentic, deoarece putem avea afuce cu un icter emotiv consecutiv unui mare traumatism şi cu gălbinarea contagioasă (descrisă de *L. Martin* şi *A. Petit*).

Garnier, Vanier şi *Roussille* („Archives de Médecine et de Pharmacie militaire" 1914) şi *Leclercq* (în raportul citit la Societatea de Medicină Legală din Paris, Februarie 1919) au descris o formă frecventă a icterului provocat: *icterul picricat*. Doza de acid picric necesară colorării in galben a tegumentelor unui adult e de 0,20 gr. (doza toxică fiind in medie de 0.01 gr. de kilogram de greutate a corpului, iar doza mortală de 0.15—0.30 gr. de kilogram). Doza ingerată de simulatori varia între 0.30 gr. şi 1 gr.; adesea simulatorii absorbeau, timp de câteva zile in şir, cantităţi variind între 0.30 şi 0.50 gr. Coloraţia pielei şi a mucoaselor după trecerea de 6—12 ore dela ingerare işi atinge maximul de intensitate după 24 ore.

Prezenţa acidului picric in organism se caracterizează prin identificarea acidului picramic in urină. Pentru expertiza chimică, se recurge la reacţiunea Mithouard sau la diazo-reacţiunea lui Derrien.

Reacţiunea Mithouard: lichidul alcalinizat cu ajutorul amoniacului se pune în contact cu o soluţiune tartrică de sulfat feros. Prezenţa acidului picric sau a acidului picramic e indicată de formarea unui inel vișiniu. Sensibilitatea acestei reacțiuni e de 1 la 300.000.

Diazo-reacțiunea lui Derrien: in urină se toarnă câteva picături de acid sulfuric și câteva picături dintr'o soluție de nitrat de sodiu. In contact cu acidul picramic se produce un derivat azotic incolor. Adăugând soluția diazotulă la o soluție de naftol pe loc preparată, se formează un produs azotic care, dizolvat în eter, are o nuanță violacee. Reacția Derrien are o sensibilitate de 1 la 100.000.

Expertul, prin ancheta lui, va căuta să stabilească dacă acidul picric n'a fost ingerat din nebăgare de seamă. In caz când soldatul afirmă că a putut să respire pulbere de acid picric (prin explozia unui obuz — acidul picric fiind intrebuințat ca exploziv), expertul examinează hainele pe cari nu se poate să nu se găsească atare pulbere care e foarte aderentă de stofă.

Simularea icterului cu ajutorul acidului picric se mai poate determina și clinicește: nici o turburare a stării generale, absența temperaturii, absența stării saburale, absența decolorării scaunelor, absența pruritului, a bradicardiei; nici o modificare a tensiunii sanguine. Diagnosticul clinic se pretează însă la confuzie; e acelaș ca al icterului acholuric sau al icterului hemolitic. Mai e de ținut seamă de spirochetoza ictero-hemoragică în care deasemenea se notează colorațiunea în galben a tegumentelor.

12. Incontinența fecalelor poate fi simulată, iar diagnosticul diferențial comportă un examen al cărui obiect este de a se căuta: *a)* o leziune anatomică a rectului; *b)* o leziune medulară; *c)* o nevroză sau o psichoză, — cari toate pot provoca incontinența.

X. Afecțiunile aparatului genito-urinar

Simulate sau provocate, aceste afecțiuni prezintă o destul de mare varietate și toate sunt de natură a influența deciziunea medicului în ce privește condițiunile de prestare a serviciului militar și de îndeplinire a unora dintre îndatoririle civile.

1. **Incontinența urinei** are drept cauze patologice: extrofia vesicei, hipertrofia prostatei, calculi angajați in col sau uretru, neoplasme ale colului vesicei, tuberculoza colului, ataxia, morbul lui Pott, mari traumatisme cerebrale, histeria, epilepsia, malformațiuni (fimosis, hipospadias) leziuni de vecinătate (rect, uter), leziuni la distanță (polipi, vegetații nazale), compoziția anormală a urinei; însfârșit, o cauză psicho-patică.

Incepând din cea mai fragedă vârstă, incontinența urinară, care poate fi nocturnă și diurnă, se prelungește uneori până dincolo de 30 ani, ceeace explică frecvența simulării sau provocării acestei afecțiuni.

Unii au căutat explicația incontinenței într'o stare paretică a vesicei, alții in insuficiența sfincterului uretral. Fapt e că micțiunea voluntară e o funcțiune a creerului, iar mecanica expulsivă e sub dependența măduvii spinării; dar micțiunea poate fi și un act subconștient, efect al unor excitațiuni vizuale, auditive, sensitive.

Diagnosticul diferențial între o incontinență esențială și una simulată comportă: a) *antecedentele ereditare și colaterale*, sub raportul urinar, genital, mintal și nervos; b) *antecedentele personale:* condițiunile concepțiunii, ale gestațiunii și ale nașterii, vârsta la care individul a început să umble și să vorbească, bolile copilăriei, condițiunile de urinare din copilărie și adolescență, vieața sexuală după pubertate, vieața intelectuală trecută; c) *examenul somatic* cu notarea tuturor malformațiunilor, leziunilor, afecțiunilor para-urinare sau paragenitale; d) *numărul de micțiuni diurne și nocturne, micțiunile imperioase, cantitatea de urină emisă la fiece micțiune și in intervalul de 24 ore, compoziția urinei; e) examenul chirurgical al uretrei și al vesicei* (strâmtarea, sensibilitatea canalului și a vesicei, toleranța acesteia la distensiune, forța ei de contractilitate); f) *starea de nutrițiune generală și de nutrițiuni locale; g) starea aparatelor digestiv, circulator, respirator;* h) *afecțiunile genitale* și repercursiunea lor asupra stării mintale; i) *examenul psichic și mintal.*

Dacă nu constatăm nici o cauză anatomică, nici una de atribuit unei leziuni a sistemului nervos, nici o cauză de origine reflexă sau psichopatică putem conchide la simulare, exagerare sau provocare.

2. **Timiditatea urinară** (explicată printr'o formă a degenereșcenței, localizată în regiunea aparatului genito-urinar) e o adevărată inhibiție a micțiunii, provocată de jena morală: individul atins de această afecțiune nu poate urina ori de câte ori se simte observat. Inhibiția aceasta circumstanțială devine cu timpul o a doua natură, astfel că timidul ajunge un anuric, nemai putând să urineze chiar când nu există motiv de sfială. — O altă explicație a timidității urinare e aceea a obsesiunii la individul care a suferit moralmente depe urma unei incontinențe vindecate sau dela sine dispărută.

Simularea e greu de demascat, pentrucă mijlocul observației nu-și găsește aplicarea, tocmai prin natura psichică a infirmității.

3. **Polyuria** e posibilă cu toată absența glicosuriei și a albuminuriei: un soldat, pus sub observație, a urinat până la 29 litri pe zi *(Beaudoin-Stoupy).* După *Mariani* o atare polyurie ar fi de natură histerică.

4. **Anuria** se observă la indivizi cari, sub raportul stării generale (fără accidente uremice) nu lasă nimic de dorit. Diagnosticul: simularea, afară numai dacă nu avem aface cu un histeric (ischuria histerică — *Charcot).*

5. **Sofisticarea urinei.** — a) *Cu puroiu.* Spre a simula consecințele unei boli, unii prezintă spre analiză urină amestecată cu puroiu.

b) *Urină fermentată.* — Alții, spre a simula consecințele unui traumatism (accidentele de muncă) prezintă o urină cu depozite turburătoare (un accidentat a adus o urină turbure cu miros amoniacal, cu un depozit masiv și abundent de fosfați amoniaco-magnezieni; s'a dovedit că această urină fusese in prealabil lăsată să fermenteze).

6. **Hematuria.** — Simularea e posibilă prin eroziunea canalului uretral, prin injectarea de sânge in vesică și prin absorbțiunea de mari cantități de urotropină. Există însă și hematurii adevărate, de origine blenoragică ori de una histerică (aceasta din urmă consecutivă unei supărări sau unui acces de furie). — *Diagnosticul diferențial:* examenul căilor urinare; examenul microscopic și spectroscopic al urinei emise; examenul sistemului nervos; punerea sub strictă observație.

7. **Chiluria** (prezența de materii grăsoase in urină). — Un caz de simulare e relatat de Chavigny: O fată de 20 ani, recunoscută ca histerică, a prezintat la analiză o urină turbure, aproape lactescentă. Internată în spital, i s'a luat urina cu sonda: acelaș caracter de lactescență. Intrigat însă de un sgomot ce auzise sub plapomă, internul desvelește bolnava și constată că aceasta mai ținea în mână o sticluță cu lapte, din care vărsase o parte în recipientul urinei.

8. **Albuminuria** simulată prin injectarea de albumină in vesică. *Demascarea:* dela suspectul pus sub observație se colectează, in recipiente separate și la intervale de câteva ore, timp de o zi sau două, cantități din urina emisă; examenul va arăta scăderea treptată a proporției de albumină, până la completa dispariție a acesteia.

9. **Cistita** poate fi provocată prin injectarea, în vesică, de soluțiuni iritante (18 cazuri de cistite prin injecțiunea unui amestec de urină, zeamă de lămâie și o doză mică de chinină — *Galienkowsky*).

Diagnosticul diferențial: examenul urinei (pedeoparte micimea depozitului format în urina colectată și menținută în stare de repaus, pe dealta sărăcia în elemente figurate, în deosebi leucocite, constatată la microscop).

10. **Uretrita** e simulată prin injectarea în canal fie a unei substanțe caustice, fie a emulsiunii unui corp gras. Pseudo-scurgerea blenoragică se mai poate simula (observațiile medicului rus *Sorocinsky*) prin următoarea manoperă: introducerea în canalul uretral a unei lumânărele de săpun (lungă de 4—5 cm. și cu diametrul de 3—4 mm.): prin mesaj, lumânărica e împinsă în profunzime, iar iritația pricinuită durează 48 ore, după care trucul e repetat.

Diagnosticul diferențial: identificarea gonococului și a leucocitelor din puroiu. In lipsă de microscop, se recurge la următoarele probe: 1. puroiul uretral, colectat pe jumătatea unei baghete de sticlă și examinat la lumina zilei, trebue să apară galben sau gălbui; 2. puroiul colectat pe o sticlă de ceas e adiționat cu câteva picături dintr'o soluție de bicarbonat de sodă 1%; dacă e vorba de un corp gras, se formează îndată un lichid săpunos din care, cu un paiu, se pot obține beșici (*Potopov*); 3. adiționarea puroiului suspect cu câteva picături dintr'o soluție de acid osmic 2%: lichidul se turbură, se colorează în negru ca după puțin timp să capete nuanța roșu-brun (*Galienkowsky*).

11. **Orchita** simulată prin fricțiuni cu suc de euforb (alior, laptele-cucului).

12. **Spermatoreea**, după *Trousseau*, are ca origine predispoziții personale (incontinență urinară în copilărie) sau cauze ereditare (hipochondrie, melancolie, epilepsie, ataxie locomotrice); *Delbet* o consideră numai ca manifestația unei imflamații locale a vesiculelor seminale sau a țesuturilor vecine.

Lichidul suspect se identifică prin caracterizarea elementelor figurate din spermă.

13. **Vulvita provocată**, în deosebi la fetițe, în scop de șantaj, se demască prin anchetă și examen (vulvita unei fetițe de 8 ani provocată prin fricțiuni cu o perie aspră de văxuit).

14. **Sifilisul.** — Un caz de erupție sifilitică simulată, raportat de *Brouardel*; sifilide perfect imitate cu ajutorul nitratului de argint și cari au dispărut sub acțiunea unei spălături cu o soluție de sare de bucătărie.

15. **Șancrul**: prin arsuri provocate cu țigara pe penis.

XI. Afecțiunile aparatului circulator

Dintre cele susceptibile de a fi simulate, exagerate sau agravate sunt:

1. **Sincopa**, ca una ce e însoțită de abolirea aproape completă a respirației și a circulației, nu poate fi decât extrem de rar simulată și de indivizi cu o îndelungată pregătire în această direcție. — *Diagnosticul* comportă: căutarea elementului cardiac și a elementului nervos (o leziune bulbară, un mecanism reflex: traumatism, arsură, colice hepatice, etc.).

2. **Palpitațiile**, cari se caracterizează prin perceperea dureroasă a bătăilor inimii nu sunt decât foarte rareori manifestarea unei afecțiuni cardiace; în marea majoritate a cazurilor, originea palpitațiilor trebue căutată

într'o leziune a plămânului, uneori într'o afecţiune a tubului digestiv. La individul tânăr, palpitaţiile sunt simptomatice pentru debutul tuberculozei pulmonare.

Palpitaţiile pot fi *provocate* prin: digitală (în doză mai mare), veratrum, abuzul de cafea, ceaiu, nopţi de veghe, masturbaţie. Iar la acei cari au suferit odată de palpitaţii, *criza* poate fi provocată prin intoxicaţie, exerciţii violente, urcarea pe nerăsuflate a unor scări, mersul cu alură repede, eforturi prelungite de inspiraţie, abuzul de tutun.

Diagnosticul simulării: se examinează separat aparatele respirator, circulator şi digestiv, căutându-se vreuna din cauzele obicinuite ale palpitaţiilor.

3. Cardiopatiile se pot simula prin exploatarea unui suflu extra-cardiac, însoţit de dispnee. Sub raportul suflurilor funcţionale există false boli de inimă (inimă morală, inimă emotivă — *Emile Weil*). — De multe ori leziuni cardiace reale nu se traduc prin nici o turburare a stării generale a individului care nici nu bănueşte afecţiunea de care e atins, îndeosebi în ce priveşte leziunile aortice.

4. Varicele sunt singurele afecţiuni vasculare simulate sau provocate, printr'o strângere circulară a rădăcinii membrelor inferioare. *Exagerarea* volumului varicelor existente se obţine prin rămânerea prelungită în picioare şi prin marşuri obositoare. — *Diagnosticul:* căutarea urmei sau a şanţului legăturii *(provocarea)*, observarea individului în timp de odihnă absolută *(exagerarea)*.

5. Edemele se provoacă printr'o constricţie intensă şi prelungită. — *Diagnosticul:* se caută urmele legăturii cu care s'a practicat strângerea. — De notat însă, că *există edeme patologice cu alură suspectă:* edemele datorite leziunilor creerului, ale măduvii spinării, ale trunchiurilor nervoase, ale reţelelor simpatice, precum pot fi edeme reflexe, angio-nevrotice, edemul histeric. (*Chavigny* citează cazul curios al unui soldat care, la alegere, se producea când cu un edem roşu, când cu unul alb, când cu unul albastru — edemul tricolor).

6. Guşa nu poate fi uşor simulată, cel mult poate fi provocată prin şederea într'o regiune în care această afecţiune e endemică (unele din regiunile noastre muntoase). — *Guşa exoftalmică frustă* — la care tachicardia nu e influenţată de efort — se observă în faza ei maximă dimineaţa la sculare. *Diagnosticul:* inima în stare de eretism aproape constantă, dureri precordiale, un tremur constant.

7. Sângele. — Pentru identificarea lui sub toate raporturile vezi Vol. I. p. 538—582.

XII. Diversele boli nervoase

Acestea se grupează precum urmează:

1. Neuritele pot fi simulate numai în perioada incipială. Ele se caracterizează prin stabilitatea simptomelor, progresiunea lor metodică şi prin informaţiile procurate de electro-diagnosticul.

2. Nevralgiile. — *Mannkopf* a observat, la un bolnav atins de *nevralgie post-traumatică*, o sporire însemnată a frecvenţei pulsului, oridecâteori comprima punctele dureroase. *Coppioli* indică semnul dilatării irisului, ca efect al aceleiaş comprimări. *Bonni* indică, pentru nevralgiile periferice, semnul unei bruşce urcări a curbei sfigmografice, ca urmare a presiunii exercitate pe punctele dureroase.

Diagnosticul simulării se obţine prin studiul complect al simptomatologiei, prin stabilirea etiologiei. Studiul simptomatic comportă explorarea sensibilităţilor tactilă, dureroasă, termică şi electrică, precum şi a sensibilităţilor profunde.

3. Sciatica-neurita abundă in semne obiective, pe când *neoralgia sciatică* nu posedă atari semne.

Nu trebue să conchidem la simulare numai din faptul variabilităţii in ce priveşte intensitatea sciaticii dela o zi la alta. Cât despre punctele dureroase (spina iliacă posterioară şi superioară) ele nu se observă intotdeauna. Concludent e semnul lui *Lasègue* (ridicare in flexiune, apoi în extensiune) şi semnul lui *Bonnet* (aducţiune şi abducţiune). In cursul explorării, presiunea trebue să provoace refluxul irian al durerii. — După *Babinski*, abolirea reflexului achilean in sciatică e un element de diagnostic al simulării. — *Villaret* şi *Faure-Beaulieu* notează că în genere contracţiunea muschilor gemeni, obţinută prin percuţiunea directă, e mai amplă şi mai durabilă decât în starea normală, şi că percuţiunea tendonului lui Achille provoacă o flexiune mai mult sau mai puţin amplă a degetului gros dela picior. — Atunci când individul se plânge de dureri eratice la membrul inferior, diagnosticul e de regulă acela al sciaticii simulate, dar se poate întâmpla să ne aflăm in faţa unei sciatice histerice.

4. Anesteziile. — Persistenţa reflexului papilar cu toată înţeparea regiunii anesteziate, nu e un semn al simulării, după cum demonstrează *Pitres* că a notat dilataţiunea papilară, deşi bolnavii, după cum şi era de aşteptat, n'au avut nici o sensaţie dureroasă la inţeparea sau ciupirea părţilor anesteziate ale tegumentului. — Reflexele vaso-motrice, persistente la nivelul plăcilor anesteziate în histerie, sunt abolite în cazurile de neurită sau de syringomielie. *Marinescu* recomandă ca mijloc de verificare a simulării: întâiu să se admită ca reală anestezia invocată de cel suspect, apoi să se facă examenul diverselor moduri ale sensibilităţii: analgesie, sensibilitate osoasă, întârzierea percepţiunii, sensibilitatea la presiune, termanalgesie şi termanestezie. Schemele rezultatelor obţinute pun în evidenţă repartiţiile foarte speciale ale unei topografii periferice, radiculare, segmentare, medulare, etc., sau ale unor disociaţiuni particulare (disociaţia syringomielică a sensibilităţilor — *Grasset*).

5. **Hemiplegia şi paraplegia.** — a) *Hemiplegia* nu poate fi simulată, pentrucă nu e de conceput ca un individ să poată susţine rolul hemiplegicului adevărat cu multiplele manifestaţiuni ale bolii. Se poate însă întâmpla să se ia drept hemiplegie vreuna din hemiplegiile inorganice: hemiplegia transitorie a sclerozei în plăci, a tabesului, hemiplegia toxică sau hemiplegia histerică.

b) *Paraplegia.* — Simulatorii afectează atitudinea spondylosicilor sau a celor atinşi de morbul lui Pott. — Se examinează reflexele tendinoase şi cutanate. Spondylita traumatică *(Kummel)* se poate constata prin radiografie.

6. Myopatiile nu pot fi simulate, iar cele prezentate ca recente (consecutive unui accident de muncă, de exemplu) se pot uşor verifica, deoarece, la myopatiile ereditare, atrofiile revelatoare sunt deacum constituite înainte ca jena mişcărilor să devină considerabilă.

7. Afecţiunile medulare şi vertebrale se prezintă sub următoarele forme:

a) *Deviaţiunile rachisului* pot fi simulate fără leziune, fără deformare a scheletului vertebral. Există o *scoliosă histerică*, după cum există o *cifosă* sau o *lordosă* datorită histeriei sau ticurilor. Numai în urma unei observaţiuni minuţioase ne putem pronunţa asupra deviaţiunii cu alură suspectă. Medicul nu va neglija căutarea stigmatelor histerice şi examenul mental pentru identificarea ticurilor.

b) *Lumbago.* — După *Levai* verificarea lumbagoului se face astfel: individul. stând pe scaun, ridică genunchiul asupra căruia medicul exercită o contra-presiune: nici o durere. Apoi. i se ordonă să lase in jos membrul inferior, în vreme ce medicul rezistă, trecând mâna sub coapsă. Dacă suspectul nu manifestă nici o durere. atunci e un simulator. pentrucă muşchii lombari participă la mişcare.

c) *Lumbago histeric.* — Simularea nu poate fi bănuită decât după eliminarea riguroasă. printr'un examen şi un diagnostic complect, a deformaţiunilor anatomice şi a deformaţiunilor *sine materia*, precum şi prin căutarea stigmatelor.

d) *Hiperestezia rachidiană* are deobiceiu ca origine o placă hiperestezică veche.

e) *Morbul lui Pott*, în faza lui incipială, se pretează mult simulării, pentrucă această perioadă se caracterizează numai prin simptome subiective greu de interpretat. Durerile se distribue în benzi exact perpendiculare pe axa corpului şi mai mult sau mai puţin oblic pe direcţia coastelor. Durerile acestea sunt datorite pachimeningitei care înglobează rădăcinele. iar nu periostitei. — Unul din semnele debutului morbului lui Pott sunt turburările reflexe ale membrelor inferioare. Există şi un *morb al lui Pott histeric*, care e caracterizat prin atacuri convulsive. — In perioada incipială. înainte de a ne gândi la simularea morbului lui Pott tuberculos. să căutăm simptomele unei eventuale forme histerice a acestei boli. in care turburările sensibilităţii sunt foarte precoce.

Ca *mijloc de diferenţiare* intre cele două forme ale morbului lui Pott se recomandă semnul lui Wenze: apăsând pe umerii unui bolnav atins de morbul lui Pott tuberculos, se provoacă mai intotdeauna o durere vie la nivelul vertebrelor bolnave, pe când la un histeric nu se obţine niciodată acest rezultat.

f) *Afecţiunile medulare de origine traumatică* sunt: *hematomielia, tabesul dorsal. polimyelita anterioară cronică, syringomyelia traumatică, scleroza laterală amyotrofică, pachimeningita cervicală hipertrofică, scleroza in plăci.*

Un bun procedeu de analiză a turburărilor meningee e puncţia lombară.

XIII. Paraliziile

De gradul de „pregătire" şi de abilitatea in „execuţie" depinde şi gradul de perfecţiune in simularea diminuării sau chiar a abolirii complecte a motricităţii, care caracterizează diversele forme ale reducerii vieţii animale sau vegetative. Toate manifestaţiunile paralitice *(hemiplegia. paraplegia. paraliziile locale, paralizia amyotrofică, paralizia asfixică, paralizia choreică, paraliziile consecutive bolilor infecţioase, paralizia reumatică, paralizia gloso-labio-faringee, paralizia saturnină, paralizia spinală, paralizia simpatică, paralizia agitantă — Parkinson)* pot fi de natură *organică* (idio-musculară, ori consecinţă a unei leziuni toxice sau infecţioase a nervilor periferici, a trunchilor nervoşi, a centrilor nervoşi, ori, însfârşit, datorită unui accident, unei răniri. unui traumatism interesând un trunchiu nervos) sau de natură *dinamică* (histerică).

Indeosebi în ce priveşte paraliziile de origine histerică, e de observat că uneori ele se caracterizează prin inconstanţa şi incoherenţa lor: un medic inexperimentat va înclina să le ia drept simulate. cu toate că de fapt se găseşte în prezenţa unor tipuri clinice foarte reale. *Cheinisse* a studiat un caz de paralizie periodică familială, producându-se prin accese de o durată de câteva minute până la câteva ore, fără simptome accesorii importante.

Diagnosticul prin cloroformizare nu are altă valoare decât aceea de a diferenția o paralizie organică de una dinamică. Pentru identificarea acesteia din urmă. *Sollier* recomandă următorul semn: în cele mai multe cazuri de paralizie histerică, se găsește o zonă de anestezie tegumentară a cărei situație reprezintă proiecțiunea, pe suprafața craniului, a zonelor motrice interesate.

Expertiza comportă: 1) stabilirea accidentului inițial ori a cauzelor particulare ale paraliziei; 2) definirea tipului paretic (modul de grupare a mușchilor atinși, vigoarea dinamometrică a membrelor interesate, raportul între diminuarea forței musculare și gradul de atrofie constatat); 3) studierea turburărilor sensibilității; 4) notarea turburărilor trofice, a modificărilor termice și vaso-motrice; 5) starea reflexelor și reacțiunea de degenerare; 6) examinarea tuturor organelor.

Un interesant caz de paralizie provocată a unuia din brațe — cu edem și o colorire cu 10 grade a temperaturii membrului iscemiat — prin fixarea unui crucifix la subsoară, a fost observat de *Bellot*.

XIV. Epilepsia

Cea mai interesantă dintre afecțiunile nervoase cu descărcare, epilepsia se'ntâlnește nu numai la pensionarii azilurilor de alienați, ci chiar la indivizii înzestrați cu o intelectualitate superioară, la adevărate genii. S'a văzut în războiu cum unii simulatori ai epilepsiei au ajuns să reproducă mai toate semnele bolii: aura, țipătul, spuma la gură, somnul consecutiv, mușcătura limbii. Ceeace însă nu se poate provoca în chip artificial, e pe deoparte congestiunea feței (nuanță violacee-negricioasă, ușor de diferențiat de roșeața simulatorului), iar pe de alta *semnul lui Babinski*. Acest din urmă semn constă în extinderea degetelor dela picioare sub influența excitării tălpii, care se produce adesea în timpul crizei și persistă câtva timp. O valoare diagnosticală verificată o au fenomenele notate în hiperpnea: modificări umorale, tetania cu aspectele ei caracteristice la nevropați.

In ce privește formele ei, e de notat că, în urma nouilor cercetări, epilepsia Jacksoniană nu se mai diferențiază atât de net de celelalte varietăți; cicatricele cerebrale nu au privilegiul exclusiv de a fi punctul de plecare al crizelor convulsive, deoarece e astăzi demonstrat că zonele epileptogene periferice, identificate de Brown-Séquard pe cobaii de experiență, se regăsesc și la om: epilepsia nazală, epilepsia pleuretică.

După originea ei, epilepsia poate fi accidentală ori datorită unei predispoziții deobiceiu congenitală (ceeace explică existența verificată a unui temperament epileptic: impulsiuni de mânie, mișcări desordonate din cea mai fragedă copilărie — *Maurice de Fleury*). Cu timpul se instalează crizele vecinic identice, vecinic provocate sub influenţa aceloraş cauze. După o statistică a lui *Masoin*, în 10% din cazuri prima manifestaţie convulsivă poate întârzia până la vârsta de 21—25 ani.

1 **Criza epileptică.** — Medicul nu trebue să se pronunţe decât după ce, în timpul observaţiei, va fi avut prilejul să asiste la producerea câtorva crize. (Sunt atâtea exemple de simulatori cari îşi provoacă artificial echimoze lovindu-se cu capul de mobile ori de zid şi trântindu-se pe jos). Apoi mai e de observat că numai în concepţiunea sintetică a autorilor de tratate de patologie internă există o formă tipică a crizei epileptice: încă nu s'a pomenit bolnav care să prezinte în chip exact simptomele crizei teoretice. Simularea nu se poate dovedi decât atunci când se găseşte în gura individului o bucată de săpun (pentru provocarea clăbucilor) sau se stabileşte un ansamblu simptomatic care nu se aplică nici uneia din crizele convulsive. — Am spus că medicul nu-şi poate forma convingerea decât dacă e martor la mai multe crize, pentrucă epilepticul fiind un monoton, crizele se repetă în chip identic, aproape la aceeaş oră şi în aceleaşi condiţiuni, iar în cădere (care se produce întotdeauna în acelaş fel) îşi face răni multiple şi suprapuse: fazele crizei sunt întotdeauna de aceeaş natură şi se succed în aceeaş ordine, iar durata e mai întotdeauna aceeaş.

Simptomele crizei sunt:

a) *Pierderea cunoştinţei* care nu e constantă, poate exista şi în atacurile de histerie.

b) *Aura* (motrice, vaso-motrice, sensitivă), după *Gélineau*, lipseşte în jumătatea cazurilor observate. Apoi, *aura* se notează şi în crizele isterice.

c) *Căderea*, care e deobiceiu bruscă, indiferent de locul în care se află bolnavul poate să şi lipsească în crizele epileptice incomplecte (simplu *vertij epileptic*).

d) *Paloarea feţei*, care se iveşte la începutul accesului, e absentă la unii epileptici cari deadreptul devin cianozaţi.

e) *Cianosa* se poate uşor provoca artificial, prin oprirea voluntară a respiraţiei.

f) *Lateralizarea convulsiunilor*, cliniceşte studiată de *Agostini*, nu poate constitui un semn sigur pentru diferenţierea realităţii crizei de simularea acesteia.

g) *Muşcarea limbii*, care e unul din primele rezultate ale spasmurilor tonice şi clonice, poate lipsi atunci când nu există zguduiri clonice în domeniul feţei, sau când convulsiunile se mărginesc la membre, limba rămânând dinapoia arcadei dentare.

h) *Tremurul fibrilar*, indicat de *Boisseau*, e contestat de *Pierret*.

i) *Semnul policelui*. — După *Laurent*, faptul că individul în timpul accesului, nu ţine policele adus sub celelalte degete, e o dovadă de simulare.

j) *Abolirea sensibilităţii* a fost greşit interpretată ca un semn peremptoriu, pentrucă *Brown-Séquard* (prin flexiunea intensă şi dureroasă a degetului gros dela unul din picioare) şi *Marshal-Hall* (prin administrarea acidului carbonic) au putut întrerupe criza, demonstrând astfel că insensibilitatea nu e completă. Apoi, simulatorul îşi poate crea artificial această insensibilitate, prin aplicarea de cocaină pe mucoasa conjunctivală şi pe cea nazală.

k) *Imobilitatea pupilară* nu e nici ea un semn de certitudine absolută. Dacă e adevărat că mydriasa provocată cu ajutorul atropinei persistă timp de câteva zile, nu e însă mai puţin demonstrat că, servindu-se de cocaină, simulatorul îşi provoacă o mydriasă mai puţin intensă şi de o durată care se apropie de abolirea normală a reflexului pupilar la epilepticul real.

l) *Agitarea pleoapelor* se observă și in accesele de histeric.

m) *Emisiunea involuntară de urină și de materii fecale* se poate ușor provoca in chip artificial.

n) *Pulsul și traseurile sfigmografice* in timpul crizei și după încetarea acesteia nu oferă semnul de certitudine indicat de *Voisin*, după cum dovedesc traseurile foarte variabile inregistrate de *Lorain* și *Féré*.

o) *Durata crizei*, de 1—2 minute (după *Boisseau)*, e in realitate (după observațiunile lui *Gélineau)* de 5—10 minute.

p) *Momentul apariției crizelor* e, după cum am spus, la oră aproape fixă, dar observațiile lui Pierret dovedesc că, sub o influență oarecare, se poate produce și o deplasare.

2. **Urmările crizei.** — Simptomele post-paroxistice, cari persistă timp de câteva ore, au fost indeosebi studiate de *Féré* și ele se grupează astfel:

a) *Turburări motrice:* Puterea reflexă a măduvei e diminuată, iar reflexul rotulian se epuizează repede și, după 2—3 excitațiuni, devine nul. — Forța musculară scade până la 70% și această slăbiciune persistă cel puțin o jumătate de oră. — Tremurul se observă în prima oră după criză, in care timp se notează și o parezie trecătoare, vizibilă mai ales la membrele inferioare (la umblet). — *Turburări ale vorbirii:* încetineală sacadată a elocuțiunii (însoțită de tremurul buzelor și al limbii) sau chiar o *afazie trecătoare*. — Apariția *nistagmului* sau exagerarea celui preexistent. — O durată mai lungă a *myoedemului*.

b) *Turburări sensitive:* Anestezia sau dysestezia generalizată, in perioada de toropeală care urmează accesului. — O diminuare (2/5—4/5) a acuității vizuale și o strâmtare a câmpului vizual. — Diminuarea acuității auditive.

c) *Stuporea* se manifestă prin somnul care succede crizei și printr'un fel de rezidu mental al crizelor (vise cu alură specială).

d) *Turburările nutrițiunii:* o ușoară slăbire, albuminurie transitorie, criză diareică; o diminuare a activității de reducere a oxyhemoglobinei.

e) *Șanțurile transversale ale unghiilor* cari nu devin vizibile, la baza lunulei, decât la 15 zile după criză.

3. **In epilepsia latentă, larvată,** care nu se produce niciodată in mod spontan, se poate provoca descărcarea motrice prin administrarea belladonei sau a altor medicamente cu efect convulsiv.

4. **Formele incomplecte ale epilepsiei** *sunt: crampele, molfăitul, ticul lui Salaam, epilepsia procursivă, atacurile apoplectiforme, echivalenții viscerali; forma vizuală, auditivă, olfactivă, gustativă; impulsiunile la omor, incendiu, exibiționism; automatismul comițial ambulatoriu, spermatorea nocturnă, paraliziile transitorii, echivalenții muzicali, cefaleea epileptică.*

5. **Migrena adevărată**, care nu trebue confundată cu cefaleele obicinuite, are ca simptom caracteristic dilatarea acută dar trecătoare a stomacului in momentul acceselor (*Mangelsdorf*, 1903: in 418 cazuri de migrenă observate, n'a notat decât o singură excepție).

XV. Formele histeriei

Reale, acestea au la bază o idee sau o sugestiune, ori o stare mintală și pot fi imitate. Edemul albastru al histericilor, pemphigusul histeric și toate turburările trofice, considerate drept clasice pe vremea lui Charcot, au pierdut din valoarea lor simptomatologică. *Edemul albastru* se poate provoca prin strângerea unui membru cu o legătură: *pemphigusul* se provoacă prin arsuri cauzate cu un chibrit aprins ori cu un tăciune.

1. **Criza convulsivă**, fiind intotdeauna atipică, trezeşte uşor bănuiala de simulare. De reţinut insă: *a)* la acelaş bolnav, atacurile prezintă deobiceiu un fond totdeauna identic, criza fiind un fel de vis trăit, mimat, *b)* prezenţa unor stigmate permanente.

Elementele diagnosticului: a) antecedentele ereditare şi personale, intoxicaţiunile şi tarele nervoase; *b)* confruntarea crizelor cu stigmatele permanente, pentru reconstituirea unităţii patologice a tipului morbid.

2. **Letargia**: un caz de letargie histerică simulată cu ajutorul veronalului e raportat de *Ioanoff* („Revue neurologique" 1910).

3. **Anestezia**. — Localizarea acesteia la histerici nu e anatomică, ea e una fiziologică *(Charcot)*. Anesteziile histerice sunt mai intotdeauna mai mult sau mai puţin sistematice, adică limitate la anumite categorii ale sensibilităţii. Adesea dispar sub influenţa unui excitant puternic (faradisarea). Mai trebue să se ţină seama şi de faptul curios că, deşi individul prezintă o zonă de analgesie complectă cu anestezie, totuş inţeparea plăcii insensibile (bolnavul nici nu ştie c'a fost înţepat) provoacă un reflex dureros al irisului. *Marinescu* („Revue médicale", 1904) recomandă examenul sensibilităţii vibratorii osoase. Faradisarea intensă, bruscă, neprevăzută, demască lesne simularea: pui pe individul suspect să citească ori să povestească repede şi cu voce tare şi, in mijlocul unei fraze, faci să treacă un curent faradic prin regiunile anestezice, histericul îşi va continua imperturbabil citirea sau povestirea, fără o modificare de timbru sau de ton; simulatorul, din contră, se opreşte din citit şi din povestit, cu o modificare a timbrului vocii.

4. **Anestezia sensorială de natură retiniană**, adică strâmtarea câmpului vizual, se verifică prin aşezarea individului in faţa campimetrului; apoi, fără ca persoana examinată să fie prevenită, se plimbă dealungul arcului campimetrului, incepând dela periferie, o lumânare aprinsă; in momentul precis in care flacăra ajunge in dreptul punctului care marchează limita externă a câmpului vizual al unui om sănătos, histericul adevărat scoate un ţipăt şi are o criză.

5. **Paralizia histerică** se identifică prin diagnosticul complect, cu ajutorul altor simptome concomitente, în deosebi anestezia.

Pentru demonstrarea simulării sau a agravării voluntare a pareziilor *Strusberg* (1910) recomandă intrebuinţarea ergografului lui Mosso.

6. **Contracturile histerice**.— Anestezia prin cloroform sau eter (după *Derblich, Escande de Messières)*, aplicarea benzii lui Esmarch (după alţii) fac să inceteze contracturile simulate. *Pitres şi Dejerine*, însă, susţin că narcosa cloroformică intensă e susceptibilă de a face să inceteze până şi o contractură organică, atitudinea vicioasă nepersistând decât dacă e vorba de o retracţiune tendinoasă.

7. **Turburările trofice**. — Graţie investigaţiunilor lui Babinsky e astăzi neindoios că turburările trofice, ulceraţiunile, escarele, etc., observate la isterici, sunt in general provocate de dânşii cu ajutorul unor instrumente tăioase sau înţepătoare, sau al unor caustice ca potasa.

8. **Mythomania** nu e specifică histeriei, ea întâlnindu-se in grad şi mai pronunţat la debili, paranoici degeneraţii in genere. Mint din obicinuinţă şi oameni perfect sănătoşi (cazul istoricului englez Froude care era incapabil de a descrie ceeace a văzut, fără ca relaţiunea lui să nu fie radical inexactă — *Langlois et Seignobos*: „Introduction aux études historiques"). Minciuna histericului e sistematică, orientată asupra unui simptom, a unei categorii speciale.

9. **Histero-traumatismul.** — Simularea lui ar avea după unii (*All, Oppenheim, Knopp*) o frecvenţă foarte mică (1.25—4%), după alţii (*Seeligmuller, Hofmann, Schultze*) una destul de mare (25—36% din cazurile examinate).—Individul bănuit e supus unui examen complect al tuturor organelor şi al sistemului nervos. Intocmai ca pentru o formă oarecare a histeriei, se caută diferitele simptome şi stigmate, cari sunt funcţionale, adică inorganice. Adevărata histerie traumatică se traduce, la unii printr'o repercursiune asupra nutriţiunii (*Sand*), turburări intelectuale (asthenie), diminuarea sensibilităţii laterale (*Libert*), bolnavii sunt abătuţi, îmbătrânesc prematur, prezintă o cachexie precoce, cu o slăbire considerabilă, turburări digestive, paresă pupilară (*Brissaud*, 1909).

10. **Histero-neurastenia traumatică, tetania, paralizia agitantă, guşa exoftalmică** necesită un diagnostic foarte complect şi cât mai minuţios posibil pentru demonstarea eventualei simulări.

11. **Somnambulismul.** — Pe când *Charcot, Gilles de la Tourette* socot foarte grea simularea somnambulismului, *Liégeois*, din contră, o consideră foarte uşoară. Trebue făcut diagnosticul etiologic şi simptomatologic. *Spontan*, somnambulismul e de natură histerică sau epileptică; *artificial*, e provocat prin hipnotism. — Una din caracteristicile somnambulismului adevărat e, la trezire, amnezia complectă a faptelor petrecute în cursul atacului hipnotic. *Charcot* recomandă ca mijloc de verificare traseurile oscilaţiunilor membrelor contracturate şi ale curbei pneumografice. După *Féré* („Mouvement de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques", 1881) şi *Binet* („Hypnotisme et responsabilité", 1885), sinceritatea halucinaţiunilor în perioada catalepsiei se poate verifica prin observarea pupilei în timpul apropierii sau depărtării obiectului halucinaţiei: pupila se strânge sau se dilată proporţional cu distanţele; or, această mişcare de acomodare nu poate fi voluntar produsă decât de foarte puţini indivizi şi în condiţiuni cunoscute.

XVI. Psicho-nevrozele

Sunt manifestaţiunile nevropatice cari însoţesc sau succed nevrozelor. — Intr'o comunicare făcută (în 1915) la Academia de Medicină din Paris, *Chavigny* a demonstrat natura organică a turburărilor nervoase (deprimare psichică, stupoare, melancolie, amnezie, etc.) provocate de zguduirea cauzată de explozii ori de bombardament. Puncţiunea lombară a dovedit prezenţa de sânge sau sporirea cantităţii de albumină în lichidul cefalo-rachidian.

1. **Psichonevrozele epileptice** se studiază din punctul de vedere al stării mintale, al delirului şi al demenţei epilepticului.

a) *Starea mintală*: tendinţă la deprimare sau la excitaţiune.

b) *Delirul epileptic* e însoţit de impulsiuni irezistibile cu halucinaţiuni de spaimă şi uneori cu pierderea memoriei faptelor delictuoase.

c) *Demenţa epileptică* nu poate fi decât cu greu simulată.

2. **Psicho-nevrozele histerice** se manifestă prin:

a) *Starea mintală permanentă*: sugestivitatea şi distractivitatea.

b) *Delirul histeric* se produce înainte, în cursul acceselor sau după acestea şi poate da loc la violenţe grave (răniri, omor, incendiu) la false acuzaţiuni de atentat sau la sinucidere.

XVII. Turburările mintale

Cele mai frecvent simulate sunt:

1. **Halucinațiile vizuale și auditive.** — Numai un actor desăvârșit, știind să fie discret în atitudinile sale (pentrucă mimica unui halucinat traduce foarte bine doar prin gesturi imperceptibile, erorile simțurilor sale), poate simula una din formele halucinației.

2. Mania. — Simularea ei e anevoioasă dacă nu chiar imposibilă vreme mai îndelungată, pentrucă ea se traduce prin insomnie aproape permanentă — și simulatorul nu poate rezista prea mult lipsei voite a somnului. Pe când delirul maniac se manifestă printr'o înlănțuire de idei foarte analoagă cu aceea a stării normale dar întrucâtva puerilă, silabică, delirul simulat se traduce printr'o incoherență forțată, voită, fără nici o alură clinică. Mania fiind un sindrom mental, trebue căutată cauza ei: o pyrexie la început (pneumonie, febra tifoidă), o intoxicație alcoolică, o auto-intoxicație. Una din caracteristicele esențiale ale acceselor prelungite ale maniei e scăderea greutății corpului; un simulator care, în timpul zilelor de observație, va câștiga în greutate, se poate astfel lesne demasca.

3. Melancolia. — Simularea ei se poate dovedi prin absența turburărilor somatice inerente: turburări ale nutriției și ale digestiei (constipație, anurie relativă, hipotermie, anorexie, pierderea din greutate, căderea părului, etc.).

4. **Debilitatea intelectuală simulată sau numai exagerată.** — Râsul prostesc și șiret totodată e intempestiv la debilul adevărat, pe când la simulator el nu se manifestă decât după ce a reușit să păcălească pe medicul examinator. Acesta din urmă se va călăuzi în primul loc de rezultatul anchetei în ce privește antecedentele personale, debilitatea fiind o afecțiune fără variații, fără oscilații. Medicul nu va neglija nici indicațiunile biologice, deduse din puterea de muncă, din gradul de remunerație a acesteia, dacă presupusul simulator e un salariat. In ce privește pe debilii adevărați, dar într'o formă mai ușoară a afecțiunii, cari exagerează infirmitatea, medicul să nu uite că debilitatea nu implică numaidecât histeria, delirul grandoarei.

5. **Demența** adevărată, secundară, are o origine toxică, organică (ramolisment, hemoragie cerebrală), paralitică, epileptică, și e deci consecința unor afecțiuni cu diagnostic evident; pe când simulatorul e demascat prin bruschețea debutului bolii și prin absența simptomelor afecțiunii cauzale. De notat că un traumatism poate provoca o evoluție aproape fulgerătoare a *demenței senile*. In ce privește *demența precoce*, identificarea ei reclamă o lungă perioadă de observație.

6. Confuziunea mentală adevărată se traduce prin obnubilarea conștiinței, slăbirea atențiunii, încetinirea și desordinea asociațiunilor de idei, abulie, însoțite de simptome fizice caracteristice pe cari medicul nu trebue să le neglijeze la examinarea presupusului simulator.

7. Delirurile acute (infecțioase, eterotoxice sau auto-toxice) au ca origine turburări somatice și nu prea sunt susceptibile de simulare.

8. **Ideile delirante** (de persecuție, grandoare, negațiune, hipochondriace mistice, erotice) se identifică prin simptomele specifice vreuneia din bolile mentale cari le produc. La simulator, grăbit să obțină rezultatul dorit, nu se va observa niciodată perioada prodromică.

9. Delirurile sistematizate (paranoia). — *Formele cronice*, tocmai pe considerațiunea evoluției lor, nu prea pot fi simulate. *Formele acute*, din contră, se pretează la simulare.

10. **Degenerescența mintală** se prezentă sub următoarele forme: a) *stări morbide ale caracterului* (mania raționantă, nebunia morală, persecutați-persecutori); b) *stări morbide intermitente ale emotivității și voinței* (obsesiuni impulsiuni, perversiuni sexuale); c) *accidente mentale transitorii* (isbucniri delirante). — *Simularea se demască* prin ancheta asupra antecedentelor personale și ereditare, prin interogatoriul individului, prin identificarea stigmatelor în ce privește turburările de nutrițiune.

11. **Delirurile de intoxicație** (alcoolismul cronic produs al etero-intoxicației, prin alcool, și al auto-intoxicației rezultată din slăbirea funcțiunilor organice). Simularea alcoolismului cronic se poate ușor constata. *Pierret* recomandă administrarea de mici doze de beladonă care, la alcoolici, provoacă fenomene de excitație.

12. **Psichoza puerperală** se prezintă, după Régis, sub trei forme: a) *confuziunea mintală halucinatorie* (explicată prin auto-intoxicația gastro intestinală); b) *confuziunea mintală cu toropeală și somnolență* (datorită unei insuficiențe hepatice); c) *confuziunea mintală cu crampe, atitudini cataleptoide* (datorită insufcienței renale sau morbului lui *Bright*). — *Diagnosticul* simulării acestei psichoze speciale (mai ales în cazurile de pruncucidere) comportă: un examen complect al femeii, identificarea turburărilor de nutrițiune (șanțurile unguеale, starea pielei și a secrețiunilor).

13. **Morfinomania**: o anchetă asupra antecedentelor personale și ereditare, asupra predispozițiunilor individului; identificarea urmelor lăsate de înțepături, de infecțiunile accidentale provocate de acestea.

14. **Paralizia progresivă**, în faza ei medico-legală, adică la început, e caracterizată pedeoparte prin modificarea caracterului și turburări precoce ale memoriei și ale scrisului, iar pe de alta prin turburări fizice: tremurul limbii, al degetelor, inegalitatea pupilelor. Absența acestor din urmă simptome e o dovadă a simulării.

15. **Leziunile organice ale encefalului**. — Babinski recomandă examenul oftalmoscopic pentru căutarea leziunilor meningee sau cerebrale, ori a tumorilor.

16. **Cefaleea**, care poate marca debutul unor boli grave, chiar mortale, e uneori unicul simptom inițial în tumorile și abcesele creerului, în hidrocefalie, meningită, encefalită, pachimeningită hemoragică, în accidentele sifilitice ale craniului și ale meningelor, în arterioscleroza cerebrală. Cefaleea mai poate fi o complicațiune obicinuită a unor anumite anomalii sau leziuni ale ochilor, afecțiuni ale nasului, dinților, urechilor, ale unor turburări ale aparatului digestiv, ale rinichilor. Se mai notează în diverse infecțiuni și intoxicațiuni. Tot atâtea indicațiuni simtomatologice pentru medicul examinator.

17. **Neurastenia** e un sindrom ai cărui factori sunt: ereditatea nervoasă, infecțiunile, intoxicațiile, surmenajul, traumatismul, leziunii organice ca insuficiența renală, turburări generale ale circulațiunii, debutul tuberculozei. La mai toți neurastenicii se notează turburări ale nutrițiunii, caracterizate prin accidente ale digestiunii, micțiunii, căderea periodică a părului, șanțurile unguеale.

18. **Choreele histerice** se deosebesc de *choreea lui Sydenham* ba prin inconsecvența, ba prin sistematizarea mișcării, sau prin stări alternative de repaus și de agitație — Examinatorul va face un diagnostic diferențial între choreea cronică, ereditară, variabilă, moale, paralitică, choreea lui Bergeron, choreea electrică a lui Dubini.

19. **Tremurul mișcării voluntare**, cum e acela al sclerozei în plăci, tentează pe simulatori. — Iată, după *Charcot*, diagnosticul etiologic al tremurăturilor sau oscilațiunilor ritmate:

a) *Tremur intenţional* (scleroza in plăci, boala lui Friedreich).

b) *Tremurul în timpul repausului;* 1) oscilaţiuni lente. 4—5 pe secundă (paralizia agitantă, tremurul senil): 2) tipul intermediar, 3½ — 6 pe secundă (tremurul histeric); 3) oscilaţiunile rapide, tremur vibrator, 8—9 pe secundă (absenţa unui tremur individual al degetelor — *Basedow;* tremurul separat al degetelor — alcoolism; paralizia generală).

c) In timpul repausului, *mai ales dacă survine o emoţie*, 5—6 pe secunda, şi exagerarea considerabilă a oscilaţiunilor (tremurul mercurial).

Examinatorul trebuie să mai ştie că tremurul histeric incetează în cursul somnului.

20. Ticurile (banal, tonic, de atitudine). — Simularea se dovedeşte printr'o observaţiune atentă şi prin căutarea unor afecţiuni locale caracterizate.

21. Torticolis mental. — Singurul mijloc de investigaţie e observaţiunea prelungită.

22. Crampele profesionale reale sunt greu de diferenţiat de cele simulate, din cauza simptomelor lor contradictorii, fugace, ilogice. Elementele de control: *a)* ancheta asupra antecedentelor personale: *b)* examenul complect al individului, în ce priveşte variatele tare mentale de degenerescenţă şi particularităţile intelectuale.

23. Ameţelile (vertijul de origine senzorială sau periferică, vertijul de origine centrală, vertijul bolilor generale, vertijul reflexelor, vertijul nevropatic, vertijul paralizant epidemic al lui Gerlier, vertijul lui Menière) sunt în legătură cu leziuni ale diverselor organe (urechea, stomacul, etc.) pe cari examinatorul trebue să le caute.

24. Amnezia. — Se stabileşte întâiu forma ei simptomatică: amnezia simplă, anterogradă, retrogradă sau retro-anterogradă, paramnezia, dismnezia, amnezia parţială. Se caută şi se elimină toate afecţiunile de natură a provoca pierderea memoriei, utilizându-se tabloul lui Sollier:

A. *Amneziile progresive sau dismneziile: a)* organice (paralizia generală: pseudo-paraliziile generale, sifilitice, alcoolice, saturnine: demenţa epileptică sau senilă: *b)* organico-funcţionale (sifilis cerebral: intoxicaţiuni cronice datorite alcoolului, morfinei, opiului, mercurului, arsenicului, plumbului, etc.: auto-intoxicaţiuni: myxoedem operator şi spontaneu),

La copii, amneziile progresive au sau o *origine organică* (idioţia, meningita cronică, tuberculoza) sau una *funcţională* (onanismul).

B. *Amneziile cu debutul brusc* sunt funcţionale şi aparente şi originea lor trebue căutată în: traumatism, epilepsie, alcoolism acut, cloroform, eter, sincopă, coma, apoplexie, strangulare, submensiune, şoc moral histeric, somnambulism, hipnotism, chorce, eclampsie, oxid de carbon, febra tifoidă, holera, ciuma, hemoragie, surmenaj, inaniţie.

C. *Amnezia parţială:* organică sau funcţională (afazie, amnezie prin sugestiune).

D. *Amnezia ca fenomen accesoriu sau explicativ:* histerie, neurastenie, nebunia indoelii, manie, melancolie, stupoare, nebunie circulară, delir febril.

Simularea se poate demasca numai prin particularităţile simptomatologice ale fiecăreia din formele amneziei. In genere, după cum observă Sollier, simulatorul nu reuşeşte decât atunci când e intrebat, dar în ce priveşte actele sale, se poate spune că *uită să uite.*

25. Impulsiunile (conştiente şi inconştiente) sunt de origine epileptică, isterică degenerativă, alcoolică, vesanică. Simptomatologia şi ancheta ajută la demascarea simulării.

26. **Automatismul ambulatoriu** *(dromomanie cu pierderea memoriei și a voinței)* se întâlnește la epileptici și la simpli epileptizanți (cei atinși de sifilis cerebral și alte leziuni encefalice). — *Examenul comportă:* analiza psichologică a individului, ancheta asupra trecutului patologic, stabilirea semnelor concomitente și a caracterelor dromomaniei, căutarea stigmatelor histerice, a stigmatelor paranoice.

27. **Vampirismul, necrofilia, necrosadismul, necrofagia, misticismul, fanatismul, dipsomania, piromania** au ca sursă fie ereditate, fie o formă oarecare a alienației mintale.

28 **Narcolepsia**, pentru întâia oară descrisă de *Gélineau* (1881) e caracterizată prin accese periodice de somn și se poate ușor diagnostica prin simptomele ei proprii.

⁂

Diagnosticul vreuneia din formele alienației mintale e din cele mai anevoioase (*Minovici:* „Quelques considérations médico-légales sur les maladies mentales simulées"), mai ales atunci când expertul se găsește în fața unui simulator capabil de a cunoaște formula simptomatologică respectivă, fie prin gradul lui de instrucție fie prin reminiscențele unei internări anterioare. Ceeace însă întrucâtva înlesnește misiunea expertului, e uitarea momentană de către simulator a rolului jucat sau exagerarea excesivă a caracterelor afecțiunii mintale.

Un punct de orientare pentru medicul legist e și împrejurarea în care s'au manifestat pentru întâiaș dată simptomele alienației: situația dificilă pentru cel suspect (răspunderea pentru o obligațiune asumată sau pentru un act delictuos ori criminal), în momentul intervenției justiției, în cursul informațiunii judiciare, la judecată ori după pronunțarea sentinței; în momentul demascării simulării unei altfel de infirmități în scopul de a obține scutirea de serviciul militar ori reforma. Dovada simulării vreuneia din formele de alienație mintală se poate face și atunci când, la individul suspect, există o stare de netăgăduit de debilitate mintală, ori de imbecilitate manifestă.

Simulatorii sunt incapabili de a reproduce la perfecție, în ordinea firească a semnelor, întregul tablou simptomatologic. Felul de nebunie simulată e mai întodeauna în raport cu scopul particular urmărit de simulator: acela care vrea să scape de serviciul militar, se va preface că e imbecil, idiot; hoțul prins asupra faptului va invoca scuza cleptomaniei; autorul unui atentat la pudoare va simula una din formele psichopatice specifice; ucigașul se va preface atins de nebunie impulsivă sau de delirul de persecuție, etc., etc.

In caz de îndoială, expertul va pune pe cel suspect sub observație în secțiunea de plasare provizorie a unui spital de boli nervoase și mintale.

Neavând să țină seama de părerile emise de anturajul celui suspect sau de eventualele certificate eliberate de medici neasermentați (opiniunea acestora putând servi cel mult ca element de orientare), expertul nu va recurge la nici unul din procedeele cu caracter inchizitorial: cauterizațiuni transcurente, electrizare, eterizare, beție provocată, hipnotism.

Elementele diagnosticului se bazează pe:

a) *O anchetă asupra antecedentelor personale și ereditare.*

b) *Mobilul simulării sau al infracțiunii.*

c) Studiul *habitusului general*, al *fizionomiei* (cu punerea de întrebări anodine spre a distrage atenția celui examinat). *Expresia stărilor psichice* e, după *Pierret:* la *omul sănătos*, rapidă, concordantă, adecuată, homogenă, persistentă; la *alienat:* lentă sau insuficientă (tâmpenie, stupoare totală sau parțială), discordantă (râsul, de exemplu, în mijlocul situațiilor triste), excesivă (excitație maniacă sau insuficientă: demență indiferentă), disociată (paralizie sau spasmuri parțiale), fugitivă (instabilitate mentală). — *Asimetria expresiunii faciale*, care se traduce prin *lateralismul* jocului fizionomiei la alienați și la predispuși. — *Sterotipia, manierismul*, caracteristice celor atinși de demență precoce.

d) *Actele.* — Medicul va observa dacă actele concordă cu vreuna din formele descrise ale psichozelor:

e) *Interogatoriul:* 1) examenul diverselor funcțiuni ale inteligenței, rationanamentului, calculului, memoriei, voinței și atenției; 2) un circuit pe cât de complect prin diversele categorii de idei pe cari se poate instala delirul (idei erotice, religioase, de bogăție, de ambiție, de persecuție, etc.);

f) *Scrisul* (text dictat, text copiat, text de compoziție liberă). Se examinează cu atenție: forma literelor, logica scrisului, modificările de sintaxă. Rar se întâmplă ca simulatorul să cunoască și să realizeze turburările ce alienația le provoacă în scris. Bine înțeles că nu se va neglija de a se stabili în prealabil gradul de instrucțiune al bănuitului.

g) *Examenul somatic.* — La alienații adevărați turburările mentale își au originea fie într'o infecțiune generală, fie într'o intoxicație — exogenă sau endogenă (insuficiență glandulară, etc.), fie, însfârșit, într'o afecțiune encefalică, și aceste turburări sunt foarte adesea însoțite de turburări trofice variate, de modificări ale secrețiunilor. Se va lua temperatura celui examinat. O atențiune deosebită se va da: *digestiunii* (constipație sau diaree), eventualelor *turburări hepatice* (provocarea glicosuriei, prin ingerarea albastrului de metylen), *funcțiunii urinare, funcțiunii capsulelor suprarenale, modificărilor vizibile ale structurii dinților, unghiilor, perilor, șanțurilor ungueale* (șanțuri transversale, arcuite) cari sunt semnele unei turburări locale sau generale a nutrițiunii, după cum sunt localizate la un deget sau la un singur membru (traumatism, neurită) sau la două ori toate membrele.

DISIMULAREA

Logic şi firesc e ca, la încheerea capitolului simulării, să expunem pe scurt şi valoarea de netăgăduit a expertizei medico-legale în cazurile de disimulare a afecţiunilor sau leziunilor reale sau autentice. Neapărat, cazurile sunt foarte reduse, pentrucă sunt puţine bolile şi infirmităţile ce ar putea fi ascunse sau ar putea trece neobservate de ochiul scrutător şi experimentat al omului artei.

Rostul disimulării trebuie căutat în interese de ordin profesional (obţinerea sau conservarea unui post într'o întreprindere particulară), de ordin administrativ (obţinerea sau păstrarea unei slujbe, reangajarea unui gradat în armată, admiterea într'o şcoală de ofiţeri, evitarea punerii în disponibilitate sau chiar reformarea unui ofiţer); interes în materie de asigurare asupra vieţii; interes de ordin matrimonial, de ordin conjugal (pentru evitarea despărţenici); interese în legătură cu exerciţiul drepturilor civile (pentru evitarea punerii sub interdicţie); interese în legătură cu sancţiunile penale (nedeclararea unei boli contagioase).

Sunt şi nebuni cari îşi disimulează boala, în scopul de a scăpa de internare ori de a obţine liberarea, pentru a avea astfel putinţa de a-şi satisface impulsiunile delirante (cazul unui alienat de tipul persecutat-persecutor care, obsedat de închipuirea că propria sa mamă e cauza nenorocirilor lui, se preface vindecat şi, în chiar ziua în care pleacă dela azil, îşi omoară pe autoarea zilelor lui).

Disimularea blenoragiei e foarte frecventă: în Anam, se practică introducerea, în uretru, a unui dop de lemn înfăşurat în vată care opreşte temporar scurgerea şi totodată absoarbe puroiul excretat. Prostituatele anamite pe deoparte întrebuinţează şi ele dopul, iar pe de alta, înainte de vizita medicală, îşi ung vulva cu sânge de porc, spre a putea pretexta menstruaţia.

Femeia care a păcătuit şi premeditează avortul criminal sau suprimarea pruncului ce urmeză să se nască, disimulează, pe cât poate, sarcina.

CAP. IV

ULTRAJUL PUBLIC CONTRA PUDOAREI

> *„Oricine va comite un ultragiu public contra pudoarei se va pedepsi cu inchisoare dela 3 luni până la un an și cu amendă"* (art. 262, al. I. C. P.).

Nici legea penală in vigoare, nici proectul de reformă (art. 449) nu definesc „ultrajul public în contra pudoarei". Cea mai larg cuprinzătoare formulă o găsim într'o jurisprudență a Casației franceze, după care prin atare infracțiune se înțelege „orice act atentator la pudoare, săvârșit cu intențiune sau din neglijență într'un loc public, adică într'un loc accesibil publicului, sau chiar într'un loc nepublic, dar unde fapta necuviincioasă a putut să isbească privirea publicului, datorită imprudenței sau lipsei de precauțiuni. In chip absolut, publicitatea poate rezulta din natura locului în care se săvârșește actul, dacă e perpetrat, de pildă, in stradă, într'o piață, indiferent de e noapte și departe de orice privire streină. Publicitatea există dar nu numai în cazul când actul impudic a fost comis intenționat spre a fi văzut, ci și atunci când, fără voință dar din lipsă de prevedere și prin natura locului unde a fost săvârșit, a putut fi oferit ca spectacol ochiului strein și deci să fie numai intâmplător văzut".

Urmează că de delictul de ultraj public contra pudoarei se pot face vinovați nu numai acei cu intențiunea manifestă de a-l săvârși, ci și indivizi cărora in definitiv nu li se poate imputa decât cel mult uitarea precauțiunilor de luat spre a nu se expune de a jigni simțul moral astfel cum e conceput de societatea organizată. Așa, se poate aplica sancțiunea penală acelei perechi care, practicând coitul, n'a avut grija de a lua măsurile necesare spre a se sustrage privirilor indiscrete (ale persoanelor din casă, ale vecinilor sau ale trecătorilor). Dată fiind elasticitatea cadrului de interpretare — pentrucă sunt foarte variate formele (act, gest, mimică) de săvârșire a delictului — medicul expert e indicat să lumineze instanța represivă atât asupra eventualei naturi patologice a faptului cât și asupra gradului de responsabilitate a infractorului.

Cu caracter de fapt medical ultrajul public în contra pudoarei se prezintă in următoarele categorii de manifestațiuni bolnave:

1. Exibiţionismul

Indeplinirea sau numai schiţarea actului sexual (după legile firii sau în contra acestora); expunerea sau numai gestul de expunere la o privire streină (indiscretă ori nu) a aşa ziselor părţi ruşinoase; manopere sau simpla atingere a genitalelor proprii sau a regiunii anale (acoperite ori desgolite) constitue delictul de exibiţionism.

Conştient, exibiţionismul nu merită nici o cruţare, atunci când nu se constată nici o tară ereditară ori dobândită, de natură a răpi individului puterea discernământului (adică nici judecata nu e deformată, nici simţul moral nu e alterat, iar voinţa nu e frântă de o obsesiune-impulsiune).

Inconştient, exibiţionismul e un produs al psichopathiei şi ca atare iresponsabilitatea lui urmează să fie stabilită.

Această iresponsabilitate, după cum cu drept cuvânt observă *Lasègue, Krafft-Ebing, Magnan*, e *de plano* recunoscută şi de un profan, atunci când delictul e comis de un imbecil, idiot, paralitic progresiv, dement senil, de unul atins de una din diversele forme ale delirului. (Un infirmier, sub imperiul halucinaţiei provocate de o criză de delir alcoolic, şi-a scos membrul, în credinţa că infirmierele prezente „i-au cerut stăruitor să le facă această plăcere" — *Balthazard*).

Examenul mai minuţios se impune când e vorba de un degenerat superior ori de un epileptic.

Degeneratul superior, având conştiinţa necuviinţei sau imoralităţii actului la care-l impinge o adevărată obsesiune, duce o crâncenă luptă lăuntrică; dar, din cauza inegalităţii între forţa voinţei lui şi aceea a impulsiunii morbide, sucombă ispitei pe care, în cugetul lui adânc turburat, o blestemă. Existenţa acestui conflict între conştiinţa morală şi puterea oarbă, neînduratoare a impulsiunii urmează s'o învedereze expertul, spre a demonstra justiţiei că nu e vorba de un viţios ori de un viciat, ci de un adevărat bolnav (un inginer francez, la sfârşitul inspecţiunii unei manufacturi de tutun, în mijlocul personalului adunat în jurul lui, şi-a exibat penisul — *Gilbert Ballet*).

La fel pentru **epileptic** ori **somnambul**, al căror exibiţionism, de o obscenitate caracterizată, e traducerea unui acces vertiginos, care, cu subita obnubilare a eului moral al individului, se deslănţue cu impetuozitatea unei forţe elementare. Inconştienţei absolute a actului imoral urmează o amnezie nu mai puţin completă: îşi încheie pantalonii în chip automatic, fără a şti pentruce ii descheiase.

Exibiţionismul e, după *Thoinot*, singura caracteristică a *epi-*

lepsiei mici, în deosebire de epilepsia comițială a cărei manifestare esențială o formează convulsiunea.

Nimfomania, satiriasis și *alcoolismul* acut ori *cronic* constitue și ele un element de apreciere în ce privește responsabilitatea exibiționistului. (Exibiționist dela 13 ani, individul are deatunci obsesia de a-și arăta organele genitale, dar nu are curajul s'o facă decât atunci când s'a îmbătat — *Balthazard).*

* * *

Exibiționismul mai poate fi explicat și deci, intr'o oarecare măsură, scuzat, la un individ lipsit de orice tară psicho-patică, dar în schimb atins de o afecțiune fizică în directă legătură cu actul osândit și de morală și de lege, — afecțiune care poate fi: atrezia uretrală, cistită, prostatită, incontinență, hemoroizi, eczemă. morpioni.

1. Un bărbat suferă de o hipertrofie a prostatei și de hemoroizi extrem de voluminoși. In timpul micțiunii, emiterea urinei. frecvent întreruptă. nu se restabilea decât în urma unui efort. iar bolnavul era nevoit să execute cu o mână tracțiunea penisului, iar cealaltă s'o ție lipită de anus. spre a reține hemoroizii cari. sub influența sforțării, aveau tendința de a țâșni.

2. Un alt individ, atins de o mare strâmtare uretrală. de o cistită purulentă și de incontinența urinară, luase obiceiul ca. atunci când se găsia într'un local public. să țină scos penisul sub paltonul încheiat și să lase urina să se scurgă picătură cu picătură; în chipul acesta, nu era nevoit să se scoale mereu, spre a se duce la privată *(Maurice Laugier).*

II. Frecarea. — Palparea. — Saliromania

1. **Frecarea** caracterizează ultrajul public la pudoare săvârșit de indivizi marcați de perversiunea fetișismului, cărora însă nu le ajunge numai vederea acelei părți din corpul femeii care le provoacă orgasmul, ci simt și nevoia de nestăpânit de a atinge fetișul. frecându-se de el (îndeosebi, când e vorba de fese, coapse, pântece, sân), de a executa această frecare chiar cu penisul acoperit sau scos. Și aceasta, indiferent de locul unde fetișistul se'ntâlnește cu purtătoarea fetișului (în stradă, în tramvaiu, in tren, într'un local public, etc.).

Frecătorii împing uneori obscenitatea până a se masturba pe loc după ce, prin frecare, au obținut un început de erecțiune.

Unora dintre „frecători" le ajunge atingerea unei anumite stofe, spre a juisa.

2. **Palparea.** — Unora dintre maniacii psicho-patiei sexuale le provoacă orgasmul pipăirea părților adipoase ale trupului femenin. sau chiar a regiunii genitale, atingerea cu degetul ori ciupirea.

3. **Saliromania** — *mânjirea cu cerneală sau cu o altă sub-*

stanţă a rochiei purtătoarei fetişului — e şi ea o formă a pervertirii simţului genital în sensul fetişist.

III. Azoofilia

E o cauză de ultraj public contra pudoarei şi se caracterizează prin manifestaţiile erotice, mai mult sau mai puţin pronunţate în obscenitatea lor, faţă de lucruri neînsufleţite cum ar fi, d. e. o statuie (1. legendarul Pygmalion îndrăgostit de statuea de el sculptată; 2) Pygmalionul modern — un elev dela Şcoala de Bele-Arte din Paris). Aşa se citează între altele, cazul unui detracat care, după ce a fixat o bucată de carne cu un orificiu central (reprezentare a genitalelor externe feminine) pe o *copie* a statuiei Venerei de Millo, a executat actul coital. — Un altul s'a masturbat cu dreapta, în timp ce stânga mângâia regiunea pubiană a unei statui feminine.

Obiectul dragostei poate fi şi să rămână pe veci inaccesibil simţurilor detracatului: unul înamorat de o stea cerească, nu una de music-hall sau de cinematograf.

Tot ca azoofilie trebuie interpretată acea formă atenuată a necrofiliei, caracterizată prin faptul că pervertitul are orgasmul şi se masturbează în faţa unui cadavru de femee.

IV. Bestialitatea

E manifestarea simţului genital, sub toate formele până aci descrise, în raporturile sexuale dintre fiinţa omenească şi un animal. E sodomia biblică, desemnată, în psichopatia sexuală, sub numele de bestialitate.

Mult în scădere, aberaţiunea, care a dispărut aproape complect în oraşele mai mari, e refugiată la ţară, unde adepţii se recrutează îndeosebi dintre indivizii în contact mai mult sau mai puţin permanent cu animalele: argaţii, grăjdarii, vizitiii, ciobanii, etc. Rarele specimene cari ţin ca specia infamă să rămână reprezentată şi în aglomeraţiunile urbane se recrutează deobiceiu dintre călăreţi, proprietari de cai amorezaţi de superbele lor iepe, detracaţi al căror desechilibru e desăvârşit de alcool şi stupefiante. — Să nu uităm pe fiicele Evei cari, — puţine, numeroase câte sunt, — ţin să aducă frenetic contribuţia lor la cultul falusului animal.

Adoratorii, de ambele sexe, sunt de toate vârstele (dela foarte tineri la foarte bătrâni) şi din întreaga galerie a psichozelor, nevrozelor şi alienaţiei mintale (debili, imbecili, epileptici, degeneraţi, isterici, maniaci). Rareori se rătăceşte în tagmă, numai temporar, câte unul cu echilibrul aproape stabil: o aberaţiune pasageră, săvârşită într'o clipă de eclipsă mintală (beţia acută).

Insfârşit, bestialitatea e practicată şi din superstiţie, din falsa credinţă că raportul sexual cu un animal vindecă sifilisul, blenoragia, impotenţa.

O formă curioasă a acestei aberaţiuni sexuale e *zooerastia* — uranismul bestial: individul (bărbat sau femee), din chiar momentul trezirii instinctului genezic, nu poate concepe raportul sexual decât exclusiv cu animalele.

La bărbat. — Intreaga floră a perversiunii sexuale: dela coitul vaginal la coitul anal, trecând prin coitul bucal, perineal, in nările animalului (cal, iapă, vacă), simplă atingere a genitalelor sau introducerea mâinii ori a unui corp strein în vaginul sau anusul animalelor. — In coitul anal bărbatul e uneori şi pasiv (cu câinele, taurul, etc.).

Partenerii bărbatul şi-i recrutează nu numai dintre mamifere (vaci, boi, cai, capre, câni, oi, măgari, porci), ci şi dintre păsările de curte (găini, raţe, gâşte, curce).

Bestialitatea, la bărbat, e colorată uneori de sadism, iar victimele sunt, in marea majoritate a cazurilor, mamiferele mai mici şi păsările de curte. Sadismul acesta e uneori numai imaginar, adică se reduce la o simplă reprezentare nevinovată a crimei; un avocat se masturbează, iar in timpul manoperei striveşte muşte de penis (*Hofmann-Haberda*).

Un caz tipic: la 9 ani coit cu o găină; la 15, cu o juncă; la 29 ani, deşi însurat de 4 ani şi deşi continuând să coabiteze cu soţia sa, se acuplează cu o capră. La 36 ani, e închis la balamuc.

La femee. — Practica perversiunii *safice* cu căţele anume dresate de unele prostituate.

Cunnilingus practicat de câinele dresat in acest sens. (*Haberda* raportează cazul următor: femeea murind subit în spasmurile provocate de manopera animalului, acesta i-a sfâşiat şi mâncat părţile genitale).

Coit vaginal intre femee şi câine.

Mai ingenioasă decât bărbatul, femeea a găsit mijlocul să-şi satisfacă pornirile venerice şi cu peştii (nu la figurat!): la Viena s'a judecat procesul unui grup de prietene cari s'au dat in spectacol stând călare pe câte un bidet, cu câte un lin viu cu coada introdusă în vulvă; strâns cu mâna de cap, peştele se zbătea, provocând astfel, prin repercursiune, mişcări ale cozii în vulvă.

Iar o ilustraţie şi mai edificatoare despre spiritul inventiv al femeii ni-l dă cazul raportat de *Stekel* (1915): o tânără fată, din inalta societate, sta pe o canapea în poziţia ginecologică, cu buzele vulvei unse cu miere, care atrăgea muştele şi astfel îi provocau o senzaţie voluptoasă.

* * *

Sancţiunea penală nu intervine decât atunci când, sub o formă sau alta, actul de bestialitate capătă, după formula jurisprudenţei franceze, caracterul de publicitate.

Expertiza medico-legală are, în atare imprejurare, un dublu obiectiv: examinarea animalului (pentru stabilirea consumării actului) şi examenul bestiei umane.

După cum am arătat şi în volumul I („Expertizele medico-legale veterinare", pag. 759), se caută:

1. *Spermă* in vagin, în rectul animalului (cloaca la paseri).

Guillebeau (1912) a identificat prezenţa spermei umane în cloaca unei găini.

2. *Urme de escremente, peri* (de mamifere), *puf* (de paseri) pe genitalele omului sau la deschizătura pantalonilor *(Pfaff* a identificat un păr negru al câinelui complice pe pubisul acoperit cu peri blonzi ai femeii).

3. In actul de sodomie perpetrat cu un câine (atunci când animalul îndeplineşte rolul activ în coitul vaginal sau în *cunnilingus,* la femee; în coitul anal la bărbat), se pot identifica, pe corpul omului (pântece, coapse, fese, pulpe, spinare) *urme de zgârieturi făcute cu ghiarele.*

4. In coitul anal al unui bărbat cu un câine mare (activ) se pot vedea *la anusul omului rupturi,* datorite faptului că s'a produs întreruperea coitului înainte ca animalul să fi ejaculat şi înainte ca penisul acestuia să se fi desumflat. Asemenea rupturi anale grave se observă mai ales în cazurile când penisul câinelui are o umflătură mare a glandului.

5. Uneori, atunci când animalul activ e excesiv de mare, membrul acestuia poate provoca leziuni de o gravitate excepţională (perforarea peretelui rectal la un muncitor agricol în copularea anală cu un taur — *Sury).*

V. Acţiunea de pervertire a simţului moral

Prin aliniatul II al art. 262 C. P. edictându-se aceeaş sancţiune (închisoare dela 3 luni la un an şi amendă) pentru acela care se va face vinovat de o acţiune de corupere a simţului moral, urmează că medicul expert poate fi chemat să se pronunţe asupra responsabilităţii morale a infractorului.

Art. 294 C. P., la care se referă zisul aliniat pentru definirea acestei specii de ultraj public contra pudoarei, păcătueşte însă prin confuziunea redacţiunii sale, neajuns care a izbit şi pe autorii proectului de reformă a legii penale, în care găsim precizările necesare. Comite un ultraj public contra pudoarei acela care „fabrică, deţine sau expune, în vederea comerţului sau distribuirii, scrieri, desene, imagini sau embleme, fotografii, plăci gramofonice, filme cinematografice, sau alte obiecte obscene". Şi maximul pedepsei e întotdeauna aplicat atunci când „oferirea, vânzarea sau distribuirea se va fi făcut unui minor mai mic de 18 ani deplini" (art. 449). — Acţiunea de pervertire a simţului pudoarei se mai poate manifesta şi prin cuvântul grăit.

VI. Ademenirea. — Codoşlâcul

Tot ca ultraj public contra pudoarei sunt socotite ademenirea, codoşlâcul, delict de care se face vinovat „oricine va fi atentat la bunele moravuri, aţâţând, favorizând sau inlesnind *obicinuit* desfrânarea sau corupţiunea tinerilor de ambe-sexe mai mici de 21 ani" (art. 267 c. p.).

Şi redacţiunea acestui articol păcătueşte, nu însă prin impreciziune, ci prin restricţiune, prin faptul adăugirii termenului: *obicinuit*. Şi acest neajuns e reparat de proectul de reformă, prin următoarea enunţare: „Oricine, in scop de a satisface pasiunile *sale* (ademenire) sau ale *altuia* (codoşlâc), sau în scop de câştig, favorizează sau înlesneşte desfrâul unei persoane minore sau o aţâţă la corupţiune sau prostituţie, se va pedepsi ..." (art. 454).

Aşa cum e redactat, art. 267 a dat loc, înainte de 1900, la interpretări greşite din partea câtorva din tribunalele noastre. Aşa Trib. Putna şi Curtea de Apel din Galaţi adoptaseră punctul de vedere că „faptul unei persoane de a ademeni tineri, mai mici de 21 ani şi a-i corupe, satisfăcându-şi cu ei pasiunile sexuale, însă *în ascuns*, fără ca la comiterea acestor fapte să fi fost faţă o altă persoană sau vreun alt minor, nu constitue delictul de atentat la bunele moravuri, prevăzut şi pedepsit de art. 267 c. p.": Curtea de Casaţie (1900) a casat cu trimitere la Curtea de Apel din Iaşi, care s'a conformat jurisprudenţei fixate de instanţa supremă, jurisprudenţă rămasă de atunci constantă.

Sancţiunea penală se aplică şi acelora cari, în scop de trezire a instinctului genital, — fie sau nu cu gândul de a abuza de starea de excitare a nevârstnicului (băiat sau fată) — oferă copilului spectacolul unor raporturi sexuale îndeplinite sau numai schiţate.

Intervenţia expertului e de rigoare atunci când actul de prostituare a minorei sau minorului e consumat sau numai prezumat ca atare. Medicul va informa justiţia despre realitatea faptului.

Expertiza mai poate fi necesară şi pentru examinarea stării mintale, atât a victimei cât şi a autorului infracţiunii.

CAP. V.

ATENTATUL LA PUDOARE

Pe când ultrajul public contra pudoarei constitue o jignire a simțului moral al obștii, atentatul la pudoare presupune, după natura și gradul de gravitate a *delictului* (care poate îmbrăca forma mai atenuată a unei simple tentative) sau a *crimei*, o vătămare mai mare sau mai mică, fizică sau morală, adusă direct unei persoane determinate. Astfel definit, atentatul sau numai tentativa de atentat la pudoare, poate, în anumite condițiuni, să figureze ca o parte integrantă a ultrajului public contra pudoarei.

Elementul *vătămării* fiind condițiunea necesară, indispensabilă pentru existența delictului sau a crimei, e dela sine înțeles că atentatul sau tentativa de atentat la pudoare va avea, înainte de toate, caracterul unei violentări, fie favorizată prin starea de inconștiență a victimei, de ascendentul exercitat de infractor asupra acesteia din urmă, fie executată prin întrebuințarea forței brutale, prin terorizare morală ori prin viclenie și anihilarea, prin mijloace artificiale, a conștiinței și posibilității de rezistență a victimei.

In chipul acesta socotim a fi dat adevărata interpretare a dispozițiunilor respective din codul penal și cari glăsuesc:

„*Art.* 263. — Orice atentat în contra pudoarei, indeplinit sau cercat, *fără violență*, asupra persoanei unui copil, de sex bărbătesc sau femeesc, de vârstă mai mic de 14 ani, se va pedepsi cu inchisoare dela 2 până la 5 ani.

„*Art.* 264. — Oricine va comite un atentat în contra pudoarei, indeplinit sau cercat, *cu violență*, incontra unui individ de sex bărbătesc sau femeesc, se va pedepsi cu maximum inchisoarei.

„Dacă crima s'a comis in contra persoanei unui copil mai mic de 15 ani impliniți (vorbind despre minoritate, am relevat această nepotrivire în fixarea vârstei — *V. A.*), culpabilul se va pedepsi cu maximum recluziunii".

Art. 265 edictează o agravare a pedepsei atunci când atentatul a fost săvârșit in anumite condițiuni morale sau materiale, iar vinovații fac parte dintr'o categorie determinată (calitate ce urmează a fi stabilită de instrucție):

„Dacă culpabilii sunt ascendenții persoanei asupra căreia s'a comis *siluirea*, sau dacă sunt dintr'acei cari au o autoritate asupra-i, dacă sunt institutorii sau servitorii săi sau ai persoanelor mai sus insemnate, dacă acești culpabili sunt funcționari ai unui cult, sau preoți ori călugări, sau dacă culpabilul, oricare ar fi, a fost ajutat in *crima* sa de către una sau mai multe persoane, pedeapsa va fi pentru cazul prevăzut de art. 263 și 264, maximum recluziunii.

„Când *siluirea* se va fi comis de către persoanele menționate in acest articol asupra unui copil, de sex bărbătesc sau femeesc, în vârstă mai mic de 15 ani, pedeapsa va fi maximum muncii silnice pe timp mărginit".

„*Art. 266.* — Dacă din *crimele* prevăzute la art. 263, 264 şi 265 va rezulta moartea se va pedepsi cu munca silnică pe viaţă". (Moarte consecutivă unei îmbolnăviri în legătură directă cu atentatul: omor săvârşit după comiterea faptei, pentru suprimarea eventualului denunţător sau denunţătoare; crimă sadică).

Dar în dispoziţiunile de mai sus — copie mai mult sau mai puţin fidelă a articolelor corespunzătoare din codul penal francez (art. 331, 332 şi 333) — notăm o omisiune, probabil voită a legiuitorului român: e vorba de specificarea atentatului calificat *viol*. Specificare peste care dăm în chiar capul art. 332 c. p. fr. (art. 264 c. p. r.): „*Quiconque aura commis le crime de viol sera puni des travaux forcés à temps*". E drept că în art. 263 c. p. r. găsim termenul „siluire", dar acesta e întrebuinţat în locul expresiunii „atentatul la pudoare" vizat prin art. 263 şi 264, al căror compliment e art. 263. Or, nici doctrina şi nici jurisprudenţa nu pot da noţiunii cu sfera maj întinsă de „siluire" valoarea pe care semantica o dă noţiunii mai restrânse de „viol", astfel cum e tălmăcită şi de Littré-Robin („Dictionnaire de médecine, chirurgie, pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent"): „Viol: *attentat à la pudeur commis avec violence ou par ruse sur une personne de sexe féminin, vierge ou non*". Această definiţie e conformă şi cu jurisprudenţa Casaţiei franceze: „Abuser d'une femme avec violence, c'est commettre le crime de viol, *alors même que cette femme aurait eu déjà des enfants*".

„Siluirea" din legea noastră penală nu poate avea acest înţeles, pentrucă, repetăm, termenul e întrebuinţat pentru desemnarea faptelor penate de art. 263 şi 264, în cari e vorba de „atentat la pudoare", consumat sau numai încercat, asupra unui „individ de sex *bărbătesc* sau *femeesc*". Legiuitorul român asimilează deci orice atentat la pudoare *(siluire)* „îndeplinit" cu infracţiunea calificată *viol* de codul penal francez. Deosebirea o găsim numai în scara penalităţii: aşa, pe când în c. p. fr. (art. 332) „l'attentat à la pudeur" e calificat crimă, în c. p. r. (art. 263) acelaş fel de „atentat la pudoare" (victima e un minor sau o minoră, faţă de care nu s'a uzat de violenţă) e trecut în categoria delictelor, de vreme ce pedeapsa e „închisoarea" simplă. Corecţionalizarea infracţiunii în cazul acesta special oferă avantajul, că sustrage jurisdicţiunii, adesea prea indulgentă, a juraţilor o infracţiune care, altfel, s'ar bucura de o impunitate quasi-permanentă. Singurul repros ce putem face legiuitorului român, e că nu prevede maximul închisorii corecţionale (5 ani). Căci, nu înţelegem dece pedeapsa ar fi mai uşoară atunci când victima crimei (căci crimă este) e minor sub 14 anj *(art. 263:* atentatul la pudoare *fără* violenţă), decât atunci când victima e un minor sub *15* ani (art. 264

al. II: atentatul la pudoare *cu* violenţă). Adică: un copil (fată sau băiat) sub 15 ani are deacum discernământul importanţei şi primejdiei ademenirii şi pentru săvârşirea infracţiunii e neapărată nevoie de uzarea violenţei? Dar tot codul nostru penal nu presupune *de plano* existenţa discernământului la această din urmă vârstă, nici pentru delictul sau crima comisă de „un minor, ce are vârsta dela 8 ani deplini până la 15 ani deplini" (art. 62).

Şi dacă nu e capabil să discearnă propria-i responsabilitate, e de admis să-l declarăm capabil de discernământ, atunci când el e numai obiectivul unei crime de altul concepută? Minorul sub 15 ani fiind tot atât de inconştient ca nevârstnicul sub 14 ani, e o adevărată monstruozitate juridică să-l socotim că a consimţit la siluire, atunci când informaţiunea judiciară nu reţine agravantul: „*cu* violenţă".

Aceeaş corecţionalizare a siluirei o găsim în codul nostru (art. 264, al. I: victima e o persoană mai mare de 15 ani). Pentru consideraţiunea expusă la comentarea art. 263, nu putem decât aproba preschimbarea calificativului din crimă în delict, atâta vreme cât competinţa tribunalelor corecţionale e restrânsă numai la sancţionarea delictelor. Altfel, am cere ca, întocmai ca în alte ţări, atentatul la pudoare consumat să fie considerat crimă, indiferent de vârsta victimei şi indiferent de circumstanţa violenţei.

O singură excepţie e creată de legea asupra alienaţilor care (art. 45) pedepseşte cu recluziunea atentatul la pudoarea unui alienat, indiferent de sex şi indiferent dacă a fost comis cu sau fără violenţă.

I. Siluirea şi tentativa de atentat

E adevărat că legea noastră penală, în ce priveşte quantumul pedepsei, nu admite nici o diferenţiare a răspunderii, pe care o hotărăşte aceeaş şi pentru *atentatul la pudoare consumat (siluire)* şi pentru simpla *tentativă de atentat* („Pentru existenţa delictului prevăzut de art. 262 c. p. nu se cere decât ca atentatul să se fi săvârşit sau numai încercat" *(Casaţia, S. II,* 1900). Medicul-legist însă are îndatorirea de a lumina justiţia, făcând această deosebire. Demarcaţiune necesară, atât pentru gradarea pedepsei (în limitele ei extreme, 2—5 ani, atunci când e vorba de un atentat săvârşit fără violenţă), cât şi pentru orientarea judecăţii întru acordarea despăgubirilor civile (prin aplicarea art. 998 C. C.).

a) Siluirea. — Codul nostru penal nefăcând deosebire de sex, există siluire ori de câte ori se poate constata satisfacerea pe orice cale a instinctului genezic, *fie prin abuzarea de inconştienţa copilului,* fie prin violentarea persoanei adulte, indiferent dacă aceasta e feminină ori masculină.

Am ținut să facem precizarea subliniată, deoarece cu surprindere vedem școala franceză definind *violul* — nedefinit dar textual indicat, precum am arătat, în art. 332 c. p. fr. — ca fiind pur și simplu „*le coït pratiqué avec une femme non consentante*". Cu această definiție — care nu e nici aceea a lexicografilor, nici aceea a doctrinei și jurisprudenței franceze — nu mai poate fi urmărit pentru viol caracterizat individul care ar desvirgina o fetiță sub vârsta la care legea presupune existența discernământului. Dar această definiție contrazice și textul enunciativ al codului penal francez, care pedepsește cu munca silnică pe timp mărginit pe cel vinovat de violul comis „*sur la personne d'un enfant au-dessous de quinze ans accomplis*". Codul penal francez a înțeles să aplice definiția lexicologică, în care intră și circumstanța de ademenire indicată prin expresia: „*par ruse*".

Tot viol e ceeace *Gelma* (Strasbourg) caracterizează prin denumirea de *abuz sexual*, în care elementul delictuos esențial e înșelăciunea: încrezătoare în promisiunea de căsătorie, femeea cedează stăruințelor bărbatului care, după ce a necinstit-o, o părăsește. Fiind vorba de o virgină, e neapărat loc de pornirea acțiunii penale. Dacă femeea n'a fost virgină, ea are în orice caz dreptul la despăgubiri civile (art. 998 c. c.).

Tot așa de nedumeriți suntem și în privința părții a doua a definiției franceze: „*le viol implique une intention criminelle, car l'inculpé, provoqué par les imprudences d'une femme, peut s'être trompé sur le caractère de résistance de cette femme*". Dar de vreme ce există rezistență, dovada violentării e făcută. Și apoi, această distincție e de domeniul suveranei interpretări a instanței represive, medicul-legist neavând alt rol decât acela de a face demonstrația științifică a faptului medical al siluirii.

Stăruind în greșita-i concepțiune, școala franceză susține că violul presupune și posibilitatea sarcinii: „Il (le législateur) a visé la possibilité, à la suite du viol, d'une grossesse et les conséquences graves qui peuvent en résulter pour la société et la famille". Dar nicăiri nu e definit violul ca implicând neapărat fecundarea victimei. Dovadă și o deciziune recentă a *Casației Belgiene* (7 Mai 1928): „Le crime spécial de viol prévu au § 4 de l'article 50 de la loi du 15 mai 1912 requiert la conjonction des sexes, c'est-à-dire l'union charnelle, qui est visée dans l'article 50 par l'expression „rapprochement charnel des sexes" et qui peut se trouver consommée sans la circonstance d'émission de substances séminales à l'intérieur des parties sexuelles de la victime".

Aceeaș tâlmăcire o găsim și în codul penal austriac și în jurisprudența Curții de Casație din Viena. Legea califică viol nu numai atentatul săvârșit, ci și cel în care, dintr'o împrejurare sau alta (himen prea rezistent, disproporție între căile genitale prea strâmte și penisul prea voluminos) pătrunderea complectă a membrului a fost zădărnicită. „E suficient să se constate existența unei *conjunctio membrorum*, indiferent dacă a urmat un coit complect sau a fost numai unul încercat" (*Casația austriacă*, 1877). Iar *Stoss*, în comentariile lui asupra principiilor de drept penal austriac, declară și el, că violul există atunci când e dovedit că „atentatorul a întreprins un act care are de scop coitul".

Cât despre codul german, atunci când e vorba de copii, el nici nu mai specifică existența actului coital, ci se mărginește la calificativul atât de elastic de „acte imorale".

In ce privește pederastia, coitul bucal, indiferent de sexul victimei, dacă ar fi să aplicăm la noi teoria franceză, ar urma să asemuim siluirea caracterizată (pederastia, coitul bucal, indiferent de sexul victimei) cu tentativa de atentat, cum ar fi „faptul de a ridica rochia unei femei, de a-i desgoli organele genitale, de a practica atușamente, în contra voinței femeii". Și tot simplă tentativă de atentat la pudoare ar urma să calificăm „l'attouchement" practicat „cu buzele, cu penisul". Deasemenea, siluirea pederastică sau aceea a coitului bucal ar urma să nu aibă decât valoarea penală a faptului când „l'individu oblige l'enfant à le masturber ou à se livrer à des actes obscènes sur ses organes génitaux".

O demarcațiune arbitrară, pe care n'o poate îndreptăți cea mai subtilă răstălmăcire a doctrinei și jurisprudenței și pe care, mai presus de toate, o condamnă bunul simț. Și ne surprinde cu atât mai mult această interpretare, cu cât și codul penal francez care, am văzut, consideră drept *crimă* orice atentat la pudoare, nu face nici o deosebire de sex în nici unul din cele trei articole privitoare la atentatul la pudoare, ci numai una de vârstă: „*enfant de l'un ou de l'autre sexe*" (art. 331): „*enfant*" (art. 332 în aliniatul privitor la viol); „*individus de l'un ou l'autre sexe*" (art. 332 al. II — „attentat à la pudeur, consommé ou *tenté* avec violence contre des individus *de l'un ou l'autre sexe*"); „la *personne* sur laquelle a été commis l'attentat" (art. 333).

b) **Tentativa de atentat la pudoare** e, în lumina celor mai sus expuse, orice act care, prin execuțiunea lui, nu întrunește elementele unei siluiri caracterizate (indiferent de sexul victimei). Tentativei de atentat, așa cum o înțelegem noi, se aplică perfect definiția pe care i-o dă jurisprudența franceză: *„Tout acte exercé dans le but de blesser la pudeur d'autrui, et de nature à produire cet effet".*

Așa, vom considera ca simplă tentativă: desgolirea forțată a regiunii genitale sau a celei anale a victimei, atușamentele impudice cu mâna, piciorul, gura, penisul.

Nu e simplu atentat la pudoare (in interpretarea şcoalei franceze), tentativă de atentat (in interpretarea noastră), ci siluire, atunci când victima (băiat sau adult) e imobilizată sau numai terorizată şi astfel, în contra voinţei sale, e constrânsă să practice coitul natural (cu o femee), bucal sau anal (cu o femee sau un bărbat). In literatura medico-legală sunt înregistrate cazuri tipice: 1) un adult menţinut de mai multe prostituate, in vreme ce una din ele s'a acuplat cu el; 2) un băiat de 16 ani doborit de două fete pubere, iar una din ele i-a provocat erecţiunea penisului pe care apoi l-a introdus în vaginul ei (*Menzei*, 1917); 3) un grup de băeţi şi fete a imobilizat pe un argat cast, silindu-l la coitul complect (*Ehmer*. 1909).

Siluirea caracterizată e şi atunci când o femee, prin manopere masturbatoare (cu mâna ori cu gura) provoacă erecţia membrului unui copil şi apoi il sileşte să practice coitul cu ea (vaginal, anal sau bucal).

Deasemenea nu e simplă tentativă de atentat la pudoare atunci când un individ, abuzând de inconştienţa unei fetiţe, se dedă la manopere ca acestea: 1) introducerea degetului în vulva victimei: 2) introducerea de corpi streini in vulvă, spre a obţine dilatarea forţată a acesteia; 3) coitul perineal (anterior sau posterior, după poziţia pe care atentatorul o impune victimei).

II. Etiologia atentatului la pudoare

Victimele, in marea lor majoritate, sunt copii impuberi, cu un contingent de 60—70 la sută pentru minorele până la 15 ani (70% fete de 10—15 ani; 30—60 la sută fete de 10—15 ani). Sub 10 ani, cazurile sunt mai rare, totuş s'au inregistrat atentate la pudoarea unor fetiţe foarte mici: 21 luni (*Haberda*): 12 luni (*Coutagne*); 8 luni (*Hofmann*). In al doilea rând, un important contingent il formează adolescenţii (de ambele sexe) între 15 şi 20 ani. După statistica lui *Haberda*, în 399 cazuri examinate, victimele au fost: 46 până la 6 ani, 100 de 7—10 ani, 136 de 11—14 ani, restul peste 14 ani. *Casper-Liman*, *d'Aquiar*, *Maschka* citează şi ei numeroase cazuri de minore impubere victime.

Autorii sunt de regulă adulţi până la 30 ani, dar nici bătrânii nu sunt excluşi dela exercitarea tristului privilegiu, pentrucă „*senectus non quidem annis sed viribus magis aestimatur*". Adolescenţii (între 14 şi 18 ani) dau un contingent enorm (efect al educaţiei, al mediului, al alcoolismului). S'a observat că adolescentul pare a avea o deosebită predilecţie pentru femeea mai matură. Cu drept cuvânt stabileşte *Thoinot* legea, că în măsura în care creşte vârsta atentatorului, în aceeaş măsură scade vârsta victimei. Nu o dată sunt de examinat cazuri în cari bătrânii, impotenţi dar totuşi frământaţi încă de libido, atentează la pudoarea unor fetiţe viţioase cari, în schimbul darurilor primite sau făgăduite, se pretează la practice de perversiune sexuală: masturbaţie digitală, cunnilingus.

Asistăm la procese de psicho-patie sexuală: de *paedofilie* (predilecţie pentru copii) şi de *gerontofilie* (predilecţie pentru femei bătrâne) care e o formă a fetişismului. *Wagner* (1907) citează cazul unui tânăr care a siluit pe o bătrână de 82 ani, iar drept scuză a dat următoarea explicaţie: fusese iniţiat de o femee răscoaptă şi de atunci nu putea avea raporturi sexuale decât cu femei bătrâne. Siluirea unei bătrâne de 72 ani *(Haberda)*; a uneia de 90 ani *(Wachholtz)*.

Uneori, geneza atentatului la pudoare trebue căutată şi în *superstiţie*: credinţa că leacul pentru bolile venerice ar fi în raportul sexual cu o fecioară, cu o femee în timpul menstruaţiei ori cu o femee însărcinată. Până în secolul XVII mulţi medici europeni îl recomandau.

Ascendentul exercitat de autorul atentatului joacă şi el un rol covârşitor: stăpânul slugii, duhovnicul, institutorul, şeful ierarchic etc.

Insfârşit, categoria cea mai infamă — pentrucă atentatul ia caracterul incestului — o formează rudele victimei, începând cu spiţa cea mai îndepărtată şi sfârşind cu proprii genitori.

O fată de 18 ani a fost dela 8 ani victimă a repetate tentative de atentat, iar la 16 a fost violată de propriul ei tată. Timp de doi ani raporturile incestuoase s'au continuat în chiar patul în care dormia şi mama. Fata fiind însărcinată în luna a 7-a, părintele satir şi-a trecut poftele bestiale asupra celei de a doua fete, o copilă de 8 ani *(Balthazard)*.

Statistica atentatelor incestuoase e înspăimântătoare: în cel puţin 25 la 100 din cazuri (şi vorbim numai de cele cunoscute justiţiei, pentrucă multe sunt tăinuite) autorul e sau părintele, sau o rudă de sânge (frate, văr, unchiu, bunic).

Nici mama nu rămâne cu totul exclusă. Se cunosc cazuri de ademenire a propriului băiat; se cunosc şi cazuri în cari mama, isterică ori depravată, a abuzat de nevinovăţia propriei ei copile. (1. *Casper* citează cazul unei atare descreerate care a obţinut dilatarea progresivă a vestibulului prin intromisiunea succesivă a unui deget, a două, trei şi patru degete şi în fine prin introducerea unei pietre ovale. — 2. *Tardieu*: o fetiţă de 12 ani fusese timp de ani de zile victima manoperelor mamei sale, care îi introducea degetele în vagin şi în anus).

III. Natura atentatului

Consumat sau numai încercat, cu sau fără violenţă, atentatul la pudoare trebue examinat în lumina tuturor cunoştinţelor ce avem despre diversele forme ale manifestării instinctului genezic.

A. Raportul etero-sexual normal

E atentatul săvârşit de un bărbat la pudoarea unei persoane de sex feminin (minoră sau adultă), sau cel comis de o femee asupra unei persoane de sex masculin (minor sau adult).

Atunci când victima e de sex feminin, atentatul se caracterizează prin forţarea căilor genitale, iar când victima e de sex masculin, elementul esenţial pentru caracterizarea atentatului e introducerea sau numai încercarea de introducere a penisului în căile genitale ale atentatoarei.

B. Raportul etero-sexual contra naturii

a) Victima de sex femenin: 1) coit anal; 2) coit perineal (anterior sau posterior); 3) coit între pulpe; 4) coit mamar; 5) coit subsiori; 6) coit bucal; 7) cunnilingus; 8) masturbarea (pasivă sau activă); 9) introducerea degetelor sau a corpilor streini în vagin sau în anus.

b) Victima de sex bărbătesc. — Formele cele mai frecvente: 1) coit perineal; 2) coit anal; 3) coit bucal; 4) cunnilingus.

C. Raportul homosexual

1. *Tribadism, safism, manopere cu degetul sau cu corpi streini* (între femei).
2. *Pederastie anală sau între coapse, coit bucal, masturbare* unilaterală sau bilaterală (între bărbaţi).

IV. Frângerea rezistenţei şi abuzul de starea sau situaţia victimei

Legea penală nu se preocupă de elementul violenţei, atunci când e vorba de un minor (indiferent de sex) sub 14 ani, pentrucă unei atari vârste i se atribuie inconştienţa firească în ce priveşte şi natura şi însemnătatea actului la care e ademenită victima. Singura chestiune ce se poate pune expertului, e de a lumina justiţia dacă atentatorul sau atentatoarea a putut, judecând după desvoltarea fizică a victimei, să se'nşele asupra vârstei acesteia. Fapul brutal al atentatului nu e contestat, dar vinovatul sau vinovata scapă de sancţiunea agravată *(art. 264)*, atunci când a putut exista o eroare în ce priveşte vârsta victimei; un atentat la pudoare comis asupra unei persoane sub 14 ani împliniţi *nu* implică, în spiritul legiuitorului, şi întrebuinţarea violenţei pentru frângerea unei rezistenţe, socotită firească (discernământul putând exista la individul de 15 ani — *art. 62 c. p.)*.

Chestiunea violenţei nu se pune dar decât atunci când victima a împlinit sau a depăşit vârsta de 15 ani. Violentarea are ca mobil: 1) frângerea în prealabil a rezistenței obiectului poftelor genezice: 2) paralizarea tentativelor de rezistență în cursul actului; 3) terorizarea sau chiar suprimarea *post actum* a denunțătoarei sau denunțătorului.

Violența (am indicat-o în definiția ce am dat atentatului la pudoare) nu trebue concepută numai ca o brutalizare fizică (atunci când lipsa de consimțământ a victimei se traduce printr'o împotrivire dârză, desperată), ci și ca o anihilare pe orice cale a conștiinței și voinței victimei. Vom avea dar două specii de frângere a rezistenței: frângerea brutală și frângerea morală. Aceasta e și interpretarea pe care Curtea de Apel din București o dă articolului 264 C. P.:

„Pentru existența acestui delict violența poate să fie și morală, și o întrebuințare de forță brutală nu e indispensabilă pentruca atentatul să fie pedepsit de legea penală, iar o violență morală ca aceea rezultând din administrarea unor substanțe narcotice sau a unor băuturi alcoolizate, având de efect anihilarea sau chiar numai micșorarea voinței, este suficientă pentru a imprima actului caracterul penalității, deoarece faptul, pe care legiuitorul a voit să-l pedepsească, este atentatul la pudoare, săvârșit fără sau în contra voinței victimei". *(C. A. S. II, București*, 3 Noembrie 1901).

A. Reducerea la neputință prin uzarea forței brutale

In prealabil se examinează natura violențelor.

a) **Atunci când victima e atacată de un singur individ**, unul din elementele de convingere îl formează, în mod firesc, consideratiunea raportului de forțe fizice, pentrucă victima, fiind mai viguroasă sau cel puțin de o putere egală cu aceea a agresorului sau agresoarei, poate triumfa într'o luptă egală.

b) **Atacată în grup de cel puțin două persoane**, victima sucombă, bine înțeles dacă grupul nu e constituit din nevârstnici pe cari victima să-i poată înlătura (o femee voinică atacată de 2—3 adolescenți debili sau chiar de doi-trei bătrâni decrepiți, la fel pentru cazul unui bărbat).

c) **Atunci când violența e exercitată și cu o armă (indiferent de natura instrumentului)**, lupta e inegală și victima sucombă chiar în fața unui singur agresor.

d) **Victima sucombă și atunci când loviturile aplicate, chiar de un singur individ inferior ca forță fizică, sunt dintre acelea cari au ca efect slăbirea puterii de rezistență.**

e) **Victima poate sucomba și când e atacată prin surpriză, chiar de un singur individ, indiferent de raportul de forțe.**

⁂

Semnele de violență se caută pe îmbrăcămintea și corpul victimei.

Pe îmbrăcăminte: urme de înțepături, rupturi, sfâșieri.

Pe corp: zgârieturi, zdreliri, echimoze, pe brațe, la încheetura mâinii, față, piept, spate, fese, picioare, coapse (sforțarea agresorului pentru desfacerea lor), pe genitalele externe și în regiunea anală (pentru înlesnirea intromisiunii), în jurul gâtului (tentativă de strangulare), la nări, gură (tentativă de sufocare); mușcături, lovituri date la cap pentru amețirea victimei; răni provenind dela arma întrebuințată (corp contondent, instrument înțepător ori tăios, urmele armei de foc); semne de mutilare (în crimele sadice).

B. Reducerea la neputință prin violentarea morală

(Și în materie de atentat la pudoare — art. 264 c. p. — violența morală este suficientă pentru a imprima actului caracterul penalității. — *Curtea de Apel din București, S. II. 1901).*

a) **Simpla amenințare cu o armă** anihilează rezistența victimei, care astfel, sub imperiul groazei, cedează. Nu se poate invoca existența unui consimțământ, pentrucă e un consimțământ smuls, viciat.

b) **Terorizarea** cu divulgarea unei anumite situațiuni, șantajarea cu exercitarea de represalii având ca obiect fie însăș victima, fie o ființă dragă acesteia constitue o violență morală caracterizată. (Atentatorul, amenințând cu asasinarea copilului prezent, a obținut resemnarea victimei — *Maschka).*

* * *

In sfera noțiunii de violență intră neapărat și atentatul caracterizat prin abuzul de starea de inferioritate accidentală a victimei, sub raportul putinței de a opune rezistență.

C. Abuzul de situația victimei

Sunt așa zisele **atentate prin surpriză**, pentru expunerea cărora ajunge exemplificarea:

a) *O fată se culcă pe spate și-și trece brațele prin legăturile unei boccele,* spre a o ridica apoi: în poziția aceasta semi-ginecologică e surprinsă de un individ care abuzează de ea *(Bernt).*

b) *Câteva prietene, în timpul jocului, conving pe o fată să se lase legată cu mânile după genunchi și cu un băț trecut prin îndoiturile coatelor.* Fata e apoi răsturnată, iar un flăcău practică asupra ei coitul anal *(Hofmann).*

c) *O servitoare, pe când, aplecată pe genunchi, freca parchetul,* e suprinsă de un bărbat din casă, care abuzează de ea.

d) *Un medic aşează pe o pacientă în poziţia genu-pectorală* şi, înainte ca ea să-şi fi dat seama de intenţiunea lui, practică asupra ei coitul vaginal.

D). Abuzul de starea victimei

1. Victima se poate găsi în **stare de impotenţă** fizică de natură patologică: a) *hemiplegie;* b) *coma epileptică;* c) *letargia spontană* sau un *atac de somn.*

2. **Starea de inconştienţă morală naturală:** a) *Imbecilitatea idioţia, alienaţia mintală.* S'au văzut însă şi cazuri când degeneraţii mintali au opus rezistenţă şi atunci s'au notat pe ei semne de violenţă.

b) *Somnambulismul hipnotic* nu exclude nici el rezistenţa pentrucă individul care se găseşte în această stare poate reacţiona, atunci când sugestiunea ce i se face îi displace.

c) *Noctambulismul natural* deasemenea nu exclude rezistenţa fizică, dar care poate fi lesne frântă: iar când se trezeşte, victima nu-şi aminteşte de ceeace s'a petrecut cu ea.

d) *Vigilambulismul* sau *dedublarea persoanei.* Individul are două personalităţi: 1) *normală*, cu conştiinţa şi voinţa nealterate, când deci atentatul nu e posibil fără violentare fizică sau morală; 2) a doua, *patologică*, în care individul a pierdut cu totul conştiinţa adevăratei lui personalităţi şi e susceptibil de un atentat fără opunerea celei mai neînsemnate rezistenţe; ceva mai mult, nu-şi aminteşte de atentatul a cărui victimă a fost. *Azam, Bellanger* au notat cazuri în cari persoana atinsă de vigilambulism, după ce a refuzat în starea *primă* (normală), a cedat imediat aceluiaş atentator, atunci când s'a găsit în starea *secundă* (patologică).

3. **Starea de inconştienţă naturală nepatologică.** — *Atentatul la pudoare săvârşit în somnul natural:*

a) In primul loc, trebue socotită ca exclusă posibilitatea unui coit vaginal sau anal, oricât de greu ar fi somnul victimei, atunci când aceasta nu şi-a pierdut încă fecioria. Nu e cu putinţă ca victima să nu se trezească sub imperiul senzaţiei ce o provoacă numai tentativa de atentat, cu atât mai mult atentatul isbutit.

b) Când victima are deacum obicinuinţa raporturilor sexuale, atentatul, fără o încercare de rezistenţă, nu ar fi posibil decât în două împrejurări: 1) victima e cufundată într'un somn adânc, următor unei mari oboseli fizice, unei extenuări psichice şi cerebrale sau unei beţii acute (cazuri excepţional de rare); 2) victima, surprinsă în somn, se trezeşte dar suportă raportul socotind că partenerul e soţul sau amantul absent în momentul culcării şi care, in interval, s'a intors sau a venit; acest atentat nu e, fireşte, posibil decât in întuneric.

Această a doua ipoteză a fost in repetate rânduri verificată iar un caz recent (Martie 1928) a făcut obiectul unor ample desbateri inaintea tribunalului din Lisieux (Franţa) care a rostit o condamnare de 6 luni inchisoare, 100 franci amendă şi plata cheltuelilor de judecată. Tribunalul n'a făcut decât să se conformeze unei jurisprudenţe a Casaţiei, care califică drept viol caracterizat un atentat comis in atari circumstanţe. — Totuşi, condamnarea a stârnit o vie divergenţă in lumea juridică, iar José Thery, unul din maeştrii baroului parizian (in „Mercure de France", 1 Octombrie 1928, sub titlul „Le cambriolage sexuel") consacră cazului o cronică-studiu pe cât de spirituală, pe atât de bogată in argumente, pledând teza interesului pentru femee de a inregistra şi a tăcea, spre a nu se arăta publicului in ipostaza de eroină a unei tragicomedii.

4. **Starea de inconştienţă artificial provocată.** — a) *Ameţirea cu băuturi alcoolice sau cu stupefiante.* (Imbătarea victimei constitue o constrângere. — *Camera de punere sub acuzare Craiova, 1905*). 1) Atentatul e posibil cu un minor (de ambele sexe) la care se presupune absenţa facultăţii discernământului, in ce priveşte primejdia la care se expune, consimţind să se ameţească. 2) Mai cu greu se poate admite ca un adult (bărbat sau femee) să nu bănuiască intenţia aceluia sau a acelora cu care a primit să se'mpărtăşească din fumurile beţiei. Numai atunci când se face dovada că, fără ştirea femeii, băutura a fost sofisticată (prin adiţionarea de substanţe ameţitoare — opium — sau substanţe afrodisiace — cantaridă), şi când, sub influenţa băuturii naturale, victima nu şi-ar fi putut pierde conştiinţa primejdiei, atunci se poate reţine elementul violentării. — S'au înregistrat şi cazuri de ameţire cu ajutorul *atropinei.*

b) *Narcotizarea cu ajutorul cloroformului, eterului.* — Atentatul e posibil, dar e de observat că anestezia nu se produce brusc, dela chiar primele respiraţii ale narcoticului aşa că victima are un răgaz, fireşte scurt, de a se apăra, urmând să cedeze unei violenţe fizice mai mult sau mai puţin caracterizate. Şi apoi nu oricine ştie să administreze anestezicul, pentru a obţine în scurt timp narcoza dorită. — Atunci, însă când victima consimte dinainte la anestezie (pacienta unui medic, a unui dentist), atentatorul nu riscă să se lovească de cea mai mică veleitate de rezistenţă: cazul unui dentist din Rouen care, în timpul narcozei, abuzând de naivitatea unei fete — pacientă a sa — în câteva rânduri a practicat asupra ei coitul, până ce mama victimei, observând că aceasta a rămas însărcinată, a sesizat parchetul (*Brouardel*).

Narcotizarea completă *în somn*, fără o eventuală trezire a victimei, nu reuşeşte decât în cazuri excepţionale şi numai cu persoane bolnave (experienţele făcute de Stephens Royers, Debeau, Guerierri, Stone Scott au dat rezultate pozitive în vreo 50 la 100 din cazuri). — Cu o persoană sănătoasă, aceiaşi experimentatori notează că, după 2—3 minute dela apropierea buretelui îmbibat cu cloroform, victima prezumată s'a trezit din somn speriată şi a sărit în sus, deci capabilă de a opune oarecare rezistenţă.

c) *Hipnotizarea* nu reuşeşte decât cu persoanele cu temperamentul nervos propice acestei provocări artificiale a inconştienţei. Sunt cazuri verificate de *Ladame* (mai de mult), de *Hoepler* — 1921 şi de noi în câteva rânduri.

5. **Paralizarea voinţei victimei.** — Experţii în ale erotismului ştiu, prin anumite atingeri, să paralizeze voinţa femeii.

* * *

Abolirea conştiinţei şi voinţei victimei nu trebue să fie completă, pentruca elementul violentării să fie reţinut. In acest sens hotărăşte şi o jurisprudenţă a *Casaţiei austriace:* „Prin starea de inconştienţă nu se înţelege numai decât totala absenţă a percepţiei întâmplărilor exterioare, ci orice fel de turburare a sferei de acţiune a voinţei şi a intelectului, care exclude posibilitatea unui consimţământ liber la actul sexual".

V. Atentatele imaginare

Inainte de a trece la diagnosticul atentatului la pudoare, trebue să ne ocupăm şi de atentatele imaginare, căci fără de cunoaşterea etiologiei acestora expertul riscă de a fi indus în eroare de aparenţe de multe ori foarte impresionante şi astfel, în desăvârşită bună credinţă, să se lase mistificat, iar el, la rândul lui, să mistifice justiţia.

Atentatele imaginare au la baza lor fie minciuna (conştientă ori inconştientă) fie o simplă iluzie a simţurilor.

A. Minciuna

a) CONŞTIENTĂ, minciuna diferă ca substrat, după cum pretinsa victimă e minoră sau adultă.

1. **Copilul**, meşter în a minţi, sofistică adevărul fie din proprie pornire, fie sub influenţa unei sugestiuni directe (lecţia învăţată) ori indirecte (repercursiunea psichică a unei întâmplări la care a fost martor sau despre care numai a aflat din auzite ori din citite).

I. **Din proprie iniţiativă.** — Explicaţia minciunii copilului, poate fi:

1. *Motivarea unei greşeli.* — In curent cu frecvenţa atentatelor la pudoare, copilul — care a lipsit de acasă şi a fugit dela şcoală spre a hoinări, singur sau în tovărăşia altora — plăzmueşte o întreagă povestire în care apare ca erou al unei ademeniri cu caracter erotic.

2. *Răzbunarea.* — Ştiind că atentatul la pudoare e pedepsit născoceşte, clădind o acuzaţiune împotriva persoanei vizate. — Clasic în această privinţă e cazul abatelui Bérard pe care mai multe minore, „spre a-l învăţa minte să nu mai fie aşa aspru cu ele la împărtăşanie", l-au acuzat că „ dela distanţă, printr'o gaură a uşii gheretei confesionalului, clericul a pus pe tinerele sale penitente să-l masturbeze". Abatele n'a ieşit cu faţa curată, decât în urma consultaţiei lui Lacassagne, care a demonstrat că săvârşirea acestui atentat la pudoare era neapărat condiţionată de un penis de o lungime de cel puţin 25-30 cm.

3. *Mythomania perversă.* — Minte numai şi numai pentru plăcerea de a mistifica.

4. *Tăinuirea masturbării.* — Părinţii constată semnele masturbării (la fată, apariţia unei vulvite) şi copilul, de teama pedepsei, inventează un atentat. Fireşte, va stărui în minciună şi în faţa instanţei represive, iar persoana năpăstuită, dacă, pe deasupra, va avea şi nenorocul ca expertiza să fie făcută de un ignorant, va înfunda puşcăria.

5. *Histeria.* — *a)* O fată de 14 ani acuză pe mai mulţi bărbaţi — printre cari şi pe propriul ei tată — de a fi atentat la pudoarea ei. Ancheta dovedeşte că totul se reduce la o invenţiune datorită histeriei. — *b)* O altă fată dispare de acasă pentru 8 zile, iar la întoarcere povesteşte părinţilor, că a fost răpită de mai mulţi bărbaţi, dusă şi ţinută sechestrată într'un castel unde un înalt personaj avea zilnic cu ea raporturi sexuale. Parchetul, sesizat, începe investigaţii. In cele din urmă se prezintă la judecătorul de instrucţie o doamnă care arată, că pretinsa victimă a stat cele 8 zile la ea (venise în vizită la fiica informatoarei, o colegă de şcoală). Examenul medical a stabilit virginitatea completă, dar şi simptomele neîndoioase ale histeriei.

II. **Sugestiunea directă** a celor de acasă sau a unei alte persoane:

1. *In scop de calomnie şi de şantaj.* — Cu „lecţia învăţată" copilul acuză şi stărue în învinuirea adusă unei anumite persoane (tentativă de coit natural, una din variatele forme ale atentatului contra-naturii, uneori cu complicaţia transmisiunii unei boli venerice, artificial provocată de cei interesaţi). In chipul acesta îşi propun ascendenţii minorului să stoarcă bani, sau urmăresc numai scopul de a compromite şi expune pedepsei pe cel vizat. (O fetiţă, căreia propria sa mamă îi provocase grave leziuni prin frecarea genitalelor externe cu o perie de văcsuit, fusese învăţată să acuze pe un bărbat în vârstă dar foarte bogat. Cu o păpuşă dată în dar, expertul a isbutit să afle adevărul şi astfel imaginarul satir, arestat în interval, a fost pus în libertate — *Fournier).*

2. *Motiv de divorţ.* — Spre a-şi putea crea un temeinic şi impresionant motiv de divorţ, mama îşi învaţă fetiţa sau băiatul să acuze pe propriul lor părinte de un atentat la pudoare (unic sau repetat) săvârşit asupra lor.

III. **Sugestiunea indirectă** are ca bază *vanitatea*, minora socotindu-se într'o stare de inferioritate, dacă n'a fost şi ea eroina unui atentat la pudoare, întocmai ca o prietenă a ei sau ca una din victimele despre cari a auzit vorbindu-se ori a citit în gazetă, în vre-o povestire senzaţională. Vrea şi dânsa să se vorbească de ea, să fie intervievată şi, — mai ştii? — aventura'i imaginară să facă obiectul unei nuvele, unui roman sau al unei piese de teatru.

2. Adultul minte întocmai ca minorul, de multe ori pentru aceleaşi motive, cu agravanta că, în caz de şantaj, există şi elementul delictuos al premeditării, al intenţiunii de a trage personal profit depe urma născocirii. Să mai notăm că s'au văzut cazuri de adulţi ascultând de o sugestie streină, bine înţeles interesată, iar adulţii s'au pretat în vederea împărţirii beneficiului.

(Un gen al șantajului care nu e specialitatea exclusivă a codoșilor, ci și a unor soți și părinți legitimi, cari prin practicarea lui își fac o meserie foarte lucrativă).

I. „Alibi". — Fata, femeea, petrec o noapte, câteva zile, cu amantul, iar la întoarcerea acasă, invoacă „alibiul" unei răpiri romantice!

II. **Sarcina.** — Fata și-a pierdut fecioria, sau soția impotentului ori a absentului a rămas grea. Explicația: și una și alta au fost victima unui atentat la pudoare!

III. **Șantajul.** — Fata, văduva, ochesc un bărbat cu avere, îi acordă întâlniri platonice, despre cari au grija ca să fie inițiați și eventualii „martori" și apoi îl prezintă ca autor al sarcinii (consecință a unui viol imaginar) pe când autorul adevărat e amantul sau concubinul. — Sau, înșelată în așteptările ei — scontarea unei căsătorii cu bărbatul ademenit —, adulta se răsbună, acuzându-l de viol.

b) INCONȘTIENTĂ, minciuna minorului e produsul unei halucinațiuni, al unei serii de auto-sugestiuni.

La adult minciuna e inconștientă în diversele forme ale histeriei sau în accesele de delir ale unor boli febrile. (Trezită dintr'un atac epileptic, o femee indică persoana care, profitând de starea ei de inconștiență, ar fi siluit-o. Expertul a dovedit neverosimilitatea invenției, pe simpla considerațiune că, în starea de inconștiență patologică în care se afla, pretinsa victimă nu putea să cunoască și să-și amintească, precizându-le, toate detaliile imaginarului atentat).

B. Iluzie a simțurilor

In timpul narcozei, examenul ginecologic poate procura pacientei vise sensuale și senzații erotice atribuite coitului.

Tipic, sub acest raport, e următorul caz:

O fată (în prezența părinților, a medicului familiei și a asistentului acestuia) e adormită de un dentist, în vederea operării unei extracții extrem de dificile. La trezire, fata acuză pe dentist de a o fi violat. (Cloroformizarea, se știe, e uneori însoțită de sensații de voluptate sexuală).

C. Călăuza expertului

1. Examenul minorului.

a) *Starea psihică și mintală.*

b) *Examenul somatic.* — Eventualele semne de violență pot fi artificial provocate (Vezi: „*Examenul persoanei vii*" Vol. I, pag. 356. și capitolul „Simulările", Vol. II).

c) *Examenul local.* — 1. La copile slabe, *deslipirea vulvei* în partea superioară, forma de pâlnie a himenului pot fi naturale.— 2. *Efectele onaniei:* fenomene secundare violente au fost observate la fetițe deprinse să se masturbeze și cari nu se mărginesc la introducerea degetului, ci își vâră ace în uretră și bețișoare în vagin. — La fetițe epileptice ori idioate, în urma unei practice îndelungate a masturbației, se produce o pareză și veștejire a nimfelor, a clitorisului şi chiar a himenului, însoţite de inflamaţii. Eventual, o ruptură a himenului de origine onanistică se manifestă prin scurgeri hemoragice. — 3. *Scărpinarea:* mici eroziuni ale vestibulului vaginal pot avea ca origine scărpinarea la părţile genitale atinse de *pruritus vulvae* sau în caz de prezenţă de *oxyuris vermicularis.* — 4. *Inflamaţii datorite necurăţeniei:* la copile impubere murdare (atunci când vulva nu se închide bine), praful, descompunerea resturilor de urină, secreţiunea mucoasă produc o inflamaţie a mucoasei vestibulare.

Atunci când examenul local are de obiect un băiat, expertul va avea grija să diferenţieze eventuala stare a penisului, perineului şi anusului de starea care poate avea ca origine masturbaţia şi scărpinarea.

2. Examenul adultului.

a) *Starea psichică şi mintală a victimei.* — Informaţiuni asupra faptului, dacă presupusul atentator era dinainte edificat asupra unei eventuale stări psichopatice a victimei prezumate.

b) *Circumstanţele.* — Locul şi timpul perpetrării atentatului: 1) dacă atacul s'a produs într'un loc singuratic; 2) dacă victima a avut posibilitatea de a da cu succes alarma; 3) dacă există o prea mare disproporţie în ce priveşte vigoarea fizică a celor doi actori ai pretinsei drame; 4) dacă victima a fost pusă în stare de inferioritate, agresorul având complici efectivi.

c) *Examenul somatic.* — Semnele de violenţă, am arătat, pot fi simulate. Caracterul quasi-uniform al zgârieturilor, echimozelor, rănilor poate orienta aprecierea expertului în sensul suspiciunii în ce priveşte autenticitatea violenţelor. Sunt şi semne naturale cari uşor pot fi confundate cu echimose.

(Medicii cari au examinat pe o femee, care se pretindea victimă a unui viol, au identificat pe faţa internă a ambelor coapse sugilaţii cari imitau perfect echimozele produse prin strivirea ţesuturilor superficiale, prin apăsarea cu degetele. *Hofmann* însărcinat cu contra-expertiza, a dovedit că pretinsele echimoze nu erau în realitate decât aşa zisele pete semilunare pigmentate cari, la unele fete şi femei brune, se găsesc — câteodată simetric dispuse — pe marginea inferioară a cutei genito-crurale).

4. *Examenul local.* — In ce priveşte starea himenului, e nevoie de toată sagacitatea expertului spre a diferenţia un himen lezat de unul intact, dar cu aspect de leziuni, cari pot fi particularităţi naturale ale membranei. Va ţine seama şi de timpul scurs dela ziua când ar fi avut loc atentatul.

Pentru o mai amplă documentare asupra modificărilor anatomice ale himenului, a se vedea capitolul imediat următor: *„Diagnosticul atentatului la pudoare".*

Când e vorba de un atentat pederastic (pe care de asemenea îl examinăm în acelaş capitol), ţinem să relevăm cazul când pretinsa victimă şi-a făcut singură (cu unghiile) zgârieturi la anus.

CAP. VI

DIAGNOSTICUL ATENTATULUI LA PUDOARE

> *„Un viol est aussi difficile à prouver qu'à faire"* (Voltaire). — *„Difficilis res virginitas ideoque rara"* (Sf. Hieronim).

Identificarea semnelor atentatului la pudoare diferă după natura acestuia, după sexul şi vârsta victimei. — Semnele acestea, mai mult sau mai puţin revelatoare — uneori simple urme îndoelnice, ceeace îngreuează enorm misiunea expertului — se caută nu numai la victimă, ci şi la autor (denunţat sau numai bănuit).

I. In raportul etero-sexual natural

Eventualele leziuni putând interesa toate sau numai parte din organele genitale externe ale victimei, pentru o mai bună caracterizare a modificărilor anatomice e necesar să se cunoască starea normală a acestor organe.

A. **Buzele mari**

Acestea sunt deobiceiu tari, strâns lipite, închizând aproape ermetic crăpătura vulvei la fetiţa impuberă şi la fecioara nubilă. Dar acesta nu e un semn de certitudine, pentrucă din observaţiile multiple rezultă:

1. La unele fetiţe în vârstă fragedă şi cu mulţi ani înainte de instalarea pubertăţii, buzele mari sunt moi şi desfăcute, la comisura de sus, lăsând să se vadă clitorisul şi partea superioară a buzelor mici.

2. La multe femei deflorate, cu coit repetat şi chiar foste parturiente, buzele mari sunt tari şi împreunate ca la o fecioară autentică, sau cel mult sunt parţial desfăcute în partea inferioară a crăpăturii vulvare.

Aceste anomalii se explică prin absenţa (la copilele impubere şi la fecioarele nubile) şi prin prezenţa (la femeile de mult deflorate) a unor condiţiuni de nutriţiune cari întreţin frăgezimea buzelor şi le procură ţesutul subcutanat de grăsime care le tapisează, întreţinând consistenţa tare. Cu toţi anii tineri, frăgezimea şi turgeşcenţa ţesuturilor (cari, în virtutea legilor biologice, scad odată cu înaintarea vârstei şi cu slăbirea funcţiunii nutriţiale) lipsesc la fetele impubere şi la fecioarele nubile cari suferă de o debilitate fizică congenitală ori dobândită.

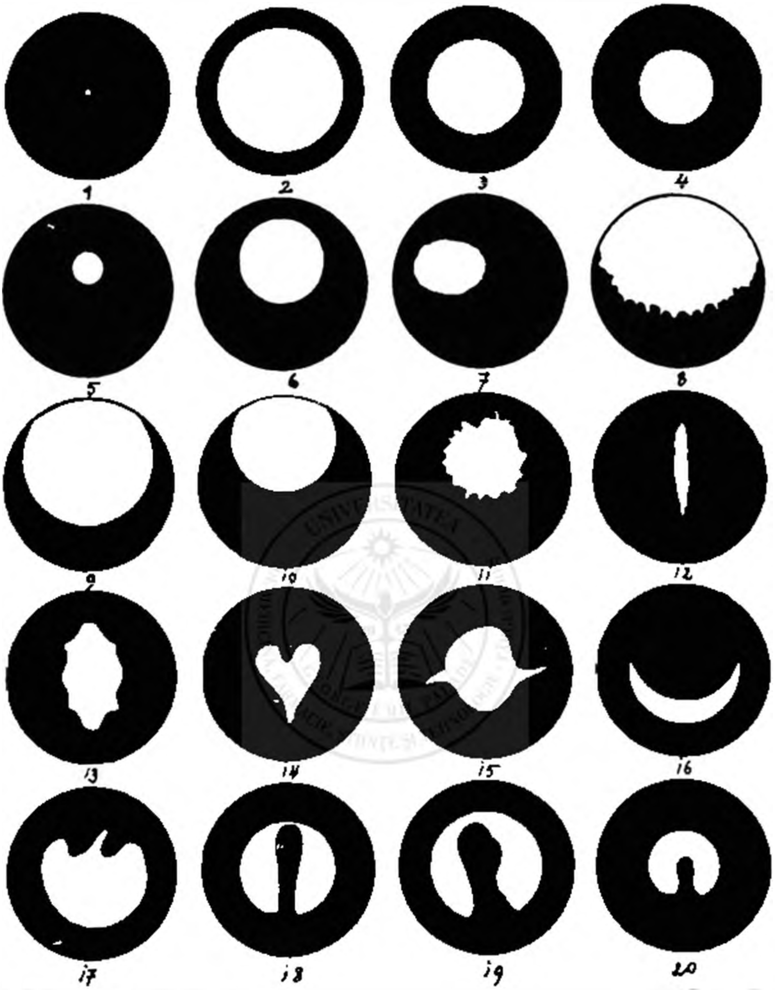


Fig. 10. — Imaginile schematice ale principalelor forme de himene virgine (*spaţiul înegrit reprezintă substanţa membranei, iar spaţiul alb orificiul sau orificiile acesteia*). — 1. Himen imperforat. — 2, 3 şi 4. Himen inelar cu orificiul central mai mic sau mai mare. — 5, 6 şi 7. Himen inelar cu orificiul excentric mai mic sau mai mare. — 8. Himen semi-lunar dinţat. — 9 şi 10. Himen semi-lunar. — 11. Himen inelar cu marginea dinţată. — 12. Himen labiat. — 13. Himen inelar cu marginea simetric crestată. — 14. Himen cu orificiul în formă de inimă. — 15. Himen inelar cu două crestaturi simetric aşezate transversal. — 16. Himen cu orificiul în formă de seceră. — 17. Himen inelar cu două stalactite. — 18, 19 şi 20. Himen septus mai mult sau mai puţin incomplect (cu stalagmită).

B. **Buzele mici (nimfele)**

La impubere şi la fecioarele nubile: aspect mucos, rozate şi acoperite de buzele mari. Dar nici acesta nu e un semn de certitudine.

1. La fecioarele slabe, cu buzele mari, moi și desfăcute, nimfele atârnă afară din vulvă și din această cauză pierd aspectul

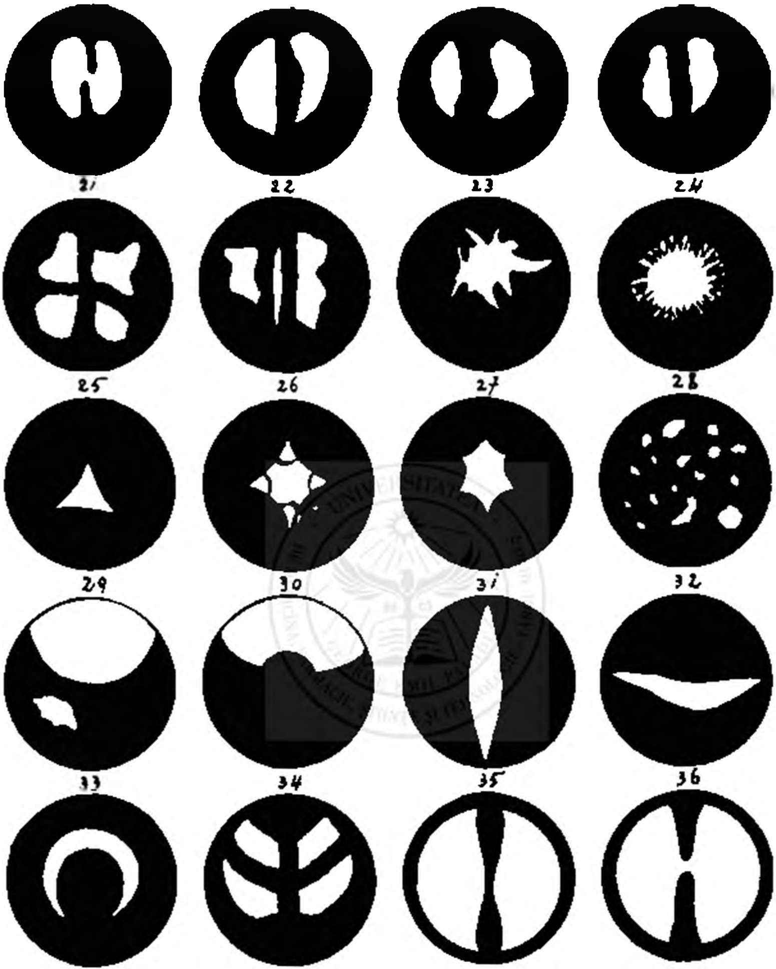


Fig. 11. — Imaginile schematice ale principalelor forme de himene virgine (*spațiul înegrit reprezintă substanța membranei, iar spațiul alb orificiul sau orificiile acesteia*). — 21. Himen septus cu o soluție de continuitate în mijlocul punții. — 22, 23 și 24. Himen septus cu conturul diferit al celor două orificii laterale. — 25. Himen cu dublu sept încrucișat (patru orificii neregulate). — 26. Himen pseudo-labiat (în dreapta și în stânga orificiului longitudinal câte un orificiu de formă neregulată și de mărime inegală. — 27. Himen inelar cu multiple crestături neregulate. — 28. Himen franjat. — 29. Himen cu orificiul triunghiular. — 30. Himen cu orificiul rombic. — 31. Himen cu orificiul hexagonal. — 32. Himen ciuruit (cribriform). — 33. Himen semi-lunar cu un orificiu suplimentar în substanța membranei. — 34. Himen semilunar cu stalagmită. — 35. Himen labiat. — 36. Himen labiat cu orificiul transversal (gura de pește). — 37. Himen inelar cu o stalagmită mare și cu orificiul semi-lunar. — 38. Himen etajat. — 39. Himen cu septul în formă de clepsidră. — 40. Himen inelar îngust cu sept întrerupt în mijloc.

mucos și din rozate devin brune (nemai fiind apărate de buzele mari și în contact direct cu aerul se usucă, capătă înfățișarea epi-

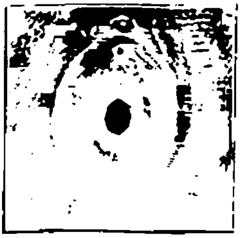


Fig. 12. — Himen natural nedeflorat cu orificiul în mijloc.

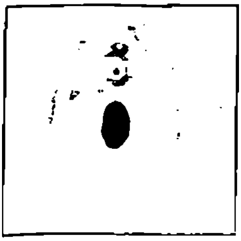


Fig. 13.—Himen natural nedeflorat, cu orificiul în partea de sus.

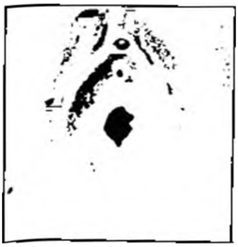


Fig. 14. — Himen inelar nedeflorat cu crestături multiple ale marginii orificiului.

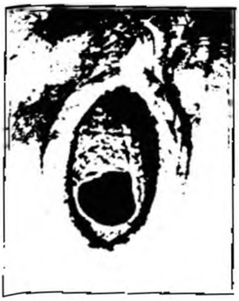


Fig. 15. — Himen natural inelar cu orificiul excentric.

dermei, iar culoarea li se închide). Particularitatea aceasta se observă mai ales la fecioarele tomnatice la cari, odată cu vârsta mai înaintată, se instalează și pareza nimfelor, deci și lungirea lor.

2. Buze mici rozate, fragede, complect acoperite de buzele mari se întâlnesc atât la prostituate cât și la foste parturiente.

3. Lungirea și veștejirea consecutivă a nimfelor se observă și la fecioarele cari practică masturbarea.

4. Să notăm, însfârșit și existența excepțională a unor nimfe dedublate.

C. **Clitorisul**

Examenul lui nu interesează decât numai pentru constatarea mărimii volumului sub acțiunea manoperelor onanistice.

D. **Furculița**

Această mică bridă așezată la comisura posterioară a vaginului și **fosa naviculară** (fundul-de-sac, de o adâncime variabilă, care separă furculița de himen) interesează prin eventualele leziuni ce se pot nota.

E. **Himenul**

E o membrană elastică încrețită (destinsă apare numai atunci când, prin desfacerea buzelor mari, e observată în poziție ginecologică), inserată pe pereții vaginului, dedesubtul uretrei, la un nivel care variază cu vârsta: la copila mai mică de 3 ani (la una grasă chiar mai mare), himenul e situat la o mare adâncime; cu vârsta el se tot înalță, iar la adultă și-a terminat apropierea (imediat sub buzele mici) de orificiul vaginal, al cărui capac este. In cazuri de anomalii constituționale (infantilism), himenul rămâne în poziția inițială, așa că la prima vedere pare inexistent.

De o absență totală a himenului nu poate fi vorba deât în cazul viciului de conformație caracterizat prin absența vaginului. *Pozzi*, totuși, într'o comunicare făcută în 1884 la Academia de Medicină din Paris, a arătat un caz cu un himen desvoltat în absența vaginului. Or, himenul poate lipsi când a intervenit o oprire în desvoltarea vaginului: *Roze* citează 12 cazuri de vaginuri hipoplasice, lipsite de himen; câteva observații au fost făcute și de noi.

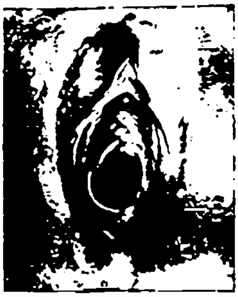


Fig. 16. — Himen inelar natural.

Vaginul nefiind un tub rigid, la vârsta fragedă himenul nu numai e încrețit, dar apare chiar ca o prelungire a liniei perineului. La epoca pubertății, vestibulul vaginal se netezește; la bătrânețe, orificiul vaginal se strâmtează, vestibulul se adâncește și odată cu el se lasă în jos și himenul.

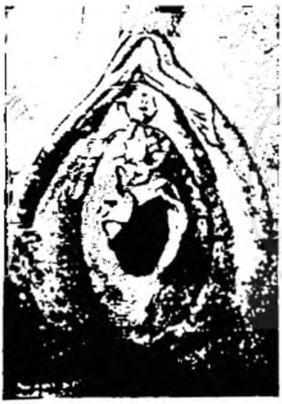


Fig. 17. — Himen natural inelar lat.

După *Schroeder, Taussig* și *Dohrn*, himenul e o desvoltare tardivă a vaginului, în a 19-a săptămână a vieții fetale. *Schaeffer* crede și el că himenul apare la aceeaș epocă; dar după el, e constituit dintr'o lamelă internă a vaginului și dintr'una externă a vulvei. Ori cum, nu am avea aface cu o membrană independent constituită și inserată pe marginea superioară a vaginului, ci de o formațiune în prelungire transversală a acestuia, care constitue capacul vaginal natural, — părere pe care o împărtășim și noi.

* * *

Am spus că, văzut pe fața lui superioară, himenul apare ca o membrană încrețită. Uneori fața aceasta (ca și fața inferioară a buzelor mici și conturul meatului) e acoperită cu țepi mici (carunculi). Se poate însă ca greșit să luăm drept carunculi himenali proeminențele papilelor mucoasei vaginale.

Examenul himenului prezintă un interes capital pentru diagnosticul unui atentat la pudoarea unei virgine la care, de regulă, membrana e intactă și cu un orificiu mic. Se observă — în cazuri foarte rare — și un *himen imperforat* și atunci, la instala-

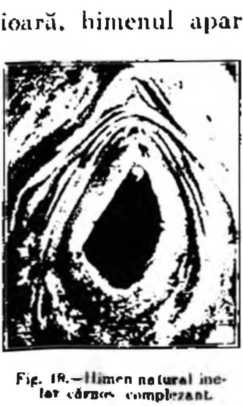


Fig. 18.—Himen natural inelar cărnos complezant.

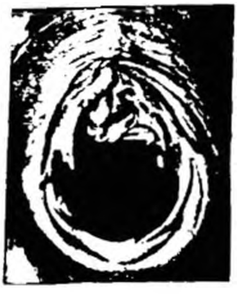


Fig. 19.—Himen natural rudimentar inelar, cu marginea foarte îngustă și cu orificiul foarte larg: himen complezant.

rea primei menstruații, e nevoie de practicarea unei incizii, spre a se lăsa curs liber fluxului catamenial.

Fără exagerare putem afirma, că aproape nu se pot vedea două himene identice sub toate raporturile: diametru, grosime, elasticitate, forma orificiului, aspectul și consistența marginii interioare, adică a bordurei orificiului.

Pentru ușurarea expertizei, infinita varietate de himene se grupează în două clase mari: *himen tipic* și *himen atipic*, clase cari, la rândul lor, se subîmpart într'un număr de tipuri consacrate prin frecvența lor în cazurile cari au făcut obiectul examenului medical.

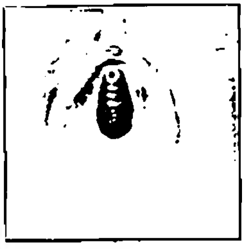


Fig. 20. — Himen natural semilunar nedeflorat.

I. Himenele tipice

Se prezintă sub 5 forme: inelar, pseudo-semilunar, semilunar, potcoavă și labiat.

1. **Himenul inelar** e o membrană, cu un orificiu circular, de regulă ușor excentric (foarte rar situat în chiar mijlocul membranei), mai întotdeauna spre periferia superioară (anterioară) a intrării vaginale. Din cauza poziției excentrice a orificiului, lățimea membranei e puțin mai mică sus decât jos. Putându-se întâmpla ca orificiul să fie întrucâtva deplasat într'o parte, urmează că și părțile laterale ale membranei nu vor fi egal de late. Marginea liberă — conturul orificiului, — e în genere netedă și numai în foarte rare cazuri prezintă crestături mai mult sau mai puțin accentuate.

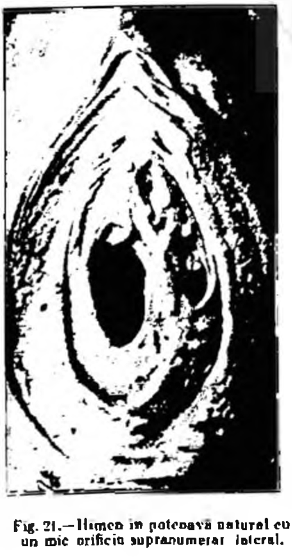


Fig. 21.—Himen în potcoavă natural cu un mic orificiu supranumerar lateral.

2. **Himenul pseudo-semilunar:** o deplasare ceva mai mare a orificiului spre partea superioară a membranei.

3. **Himenul semi-lunar caracterizat:** membrana, în formă de semi-lună, are marginea inferioară (convexă) lipită de planșeu și de pereții laterali ai vaginului, iar marginea superioară (concavă) limitează, prin colțurile ei, orificiul (situat pe partea superioară a intrării vaginale, sub meat).

4. **Himenul în potcoavă** e tot un himen semi-lunar, cu singura deosebire că inserția extremităților (mai depărtate) e deasupra meatului urinar, iar orificiul e mai mare.

In aceste patru forme de himene, orificiul e mai frecvent oval decât circular (cu diametrul longitudinal mai mare decât cel transversal), iar mărimea lui variază dela o perforație — prin care abea poate pătrunde o sondă subțire — până la una prin care, chiar la o fetiță în vârsta cea mai fragedă, trece lesne auricularul, fără să provoace cea mai neînsemnată leziune a marginii libere. La unele fecioare nubile poate excepțional trece, iarăși fără o leziune, speculumul.

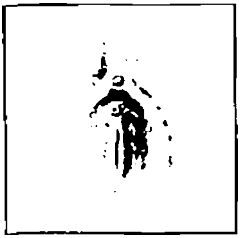


Fig. 22. — Himen natural labial nedeflorat.

Sunt și orificii atât de mari, că substanța himenală e redusă la o foarte îngustă bandă circulară, ceeace a făcut pe *Maschka*, într'un caz examinat de el, să conchidă la absența complectă a membranei nupțiale.

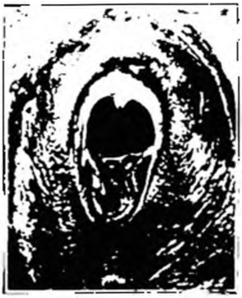


Fig. 23. — Himen natural cu stalactită.

5. **Himenul labiat** — varietate mult mai rară decât celelalte patru mai sus descrise — se caracterizează prin forma excesiv de lungită a orificiului (extremitățile diametrului longitudinal ajung până aproape de părțile superioară și inferioară ale vaginului, iar diametrul transversal e redus la ultima expresie). Marginea liberă a membranei, foarte îngustă, uneori aproape inexistentă la extremitățile diametrului longitudinal (între meatul urinar și furculiță), e în schimb foarte lată pe părțile laterale așa că, văzut prin vulva desfăcută, himenul apare ca o a treia pereche de buze, de unde și numele de *himen labiat*.

O varietate a acestui fel de himen: *orificiul e așezat transversal*, cu extremitățile atingând aproape locurile de inserțiune laterală, cu substanța himenală împărțită în două segmente (superior și inferior).

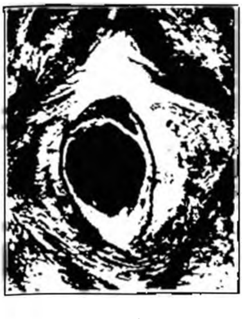


Fig. 24. — Himen inelar cu marginile laterale înguste.

* * *

La examenul oricărui din cele cinci tipuri de himene normale, expertul trebue să dea o deosebită atenție aspectului marginii libere a orificiului, spre a nu fi indus în eroare de unele particularităţi cari l-ar putea face să confunde un himen intact cu unul rupt.

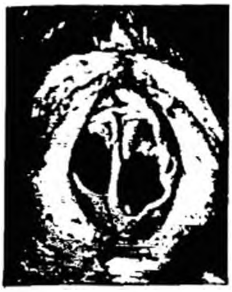


Fig. 25. — Himen septus natural.

Numai la un himen tipic ideal, conturul orificiului e perfect egal, fără subţieri şi neted. In marea majoritate a cazurilor, marginea liberă prezintă *crestături* (variabile ca număr şi ca adâncime; adâncimea poate varia la acelaş himen).

A. Crestăturile acestea, situate, deobiceiu simetric, pe jumătăţile superioară şi inferioară, în dreapta şi în stânga orificiului dacă nu sunt adânci şi în număr mai mare, imprimă marginii libere aspectul unei danteluri, iar himenul se zice atunci **dinţat**.

B. Atunci când crestăturile sunt mai numeroase, dar cu o adâncime excesivă, care poate merge până la locul de inserţie în peretele vaginal, avem forma **himenului lobat**, format din mai mulţi lobi (cel puţin 3 sectoare himenale despărţite prin crestături). In himenul lobat se deosebesc patru varietăţi:

a) Când sunt 4 lobi, aceştia de regulă sunt dispuşi simetric, câte 2 în dreapta şi în stânga, cu lobii superiori de dimensiuni mai mici decât cei inferiori.

b) Când sunt 3 sau mai mulţi lobi, se notează unul pe marginea superioară (delimitat de două crestături) şi doi sau mai mulţi pe marginile laterale.

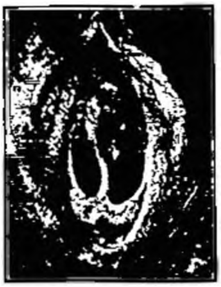


Fig. 26. — Himen septus natural.

Lobii, stând pe acelaş plan, sunt uneori net despărţiţi, alte ori însă, se acoperă parţial unul pe altul, ceace face ca lobii dedesubt să apară ca nişte cute vaginale, lambourile îmbinându-se ca olanele de acoperiş.

c) Se înregistrează rar, e adevărat, o formă lobată şi mai curioasă: unul din lobi, mai frecvent cel superior, e format din mai mulţi lobi mai mici (despărţiţi sau în parte lipiţi), constituind astfel un fel de frunze. Un curios specimen e himenul *trilobat*, în care membrana e împărţită în trei lobi aproape egali iar orificiul are forma triunghiulară.

Fig. 27. — Himen natural deflorat cu deformarea infundibuliformă a vulvei şi cu ruptura incompletă a membranei.

d) O altă varietate a himenului lobat: un întreg sistem de lobi mici, dispuşi în cerc în jurul meatului urinar, — **himenul coroliform.**

C. Sunt orificii cu marginea liberă necrestată, dar în schimb garnisită pe toată întinderea ei cu firişoare moi, scurte, aproape uniform de lungi: **himen fimbriat** sau **himen franjat.**

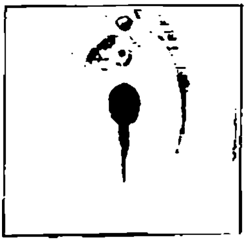


Fig. 28. — Himen natural deflorat, cu ruptura recentă a membranei şi a furculiţei.

D. Uneori himenul — mai ales la fetiţe de 1—2 ani — e prea disproporţionat cu orificiul vaginal al cărui capac este şi atunci se prezintă sub aspectul unei membrane excesiv de cutată cu o cută mai mare în sens longitudinal şi altele mai mici, radiate, în toate direcţiunile. — Plicatura longitudinală se accentuează în deosebi la himenul semilunar şi atunci avem himenul în carenă care, la sugace, proemină prin deschizătura buzelor mari.

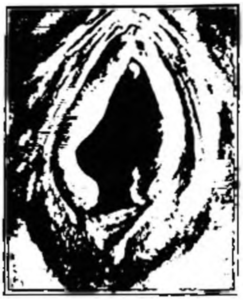


Fig. 29. — Himen inelar deflorat.

E. Atunci când încreţiturile interesează întreaga suprafaţă a membranei (ceeace se observă mai mult la anumite himene inelare), himenul ia aspectul unei pâlnii cu gura în jos şi cu vârful la orificiul vulvar: râtul de porc, târtiţa de pasere (Tardieu) — **himenul coniform.** Faţa externă e brăzdată de cute longitudinale cari fac ca marginea liberă să pară crestată. Chiar în perioada pubertăţii şi la femeea adultă se găseşte câteodată o formă de pâlnie, care e forma tipică a himenului în faza prepubertară; în genere, însă, la fecioara ajunsă la maturitate sexuală, prin extinderea orificiului vaginal, cutarea laterală se netezeşte şi conul dispare.

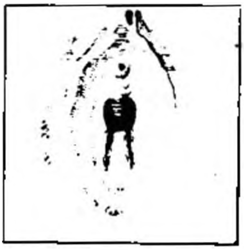


Fig. 30. — Himen natural deflorat cu două rupturi recente.

F. Atunci când conul are gura în sus şi vârful în jos, avem **himenul pâlnie,** care de multe ori nu se rupe la coit.

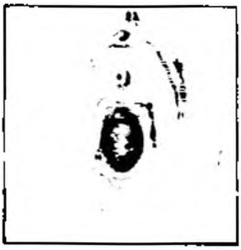


Fig. 31. — Himen natural deflorat, formând 4 lambouri răsfrânte în afară.

II. Himenele atipice

Sunt caracterizate prin existenţa unuia sau mai multor orificii accesorii: himenele cu *orificiu dublu* sau *multiplu.*

1. Varietatea cea mai frecventă e **himenul septus,** adică *himenul cu punte* sau

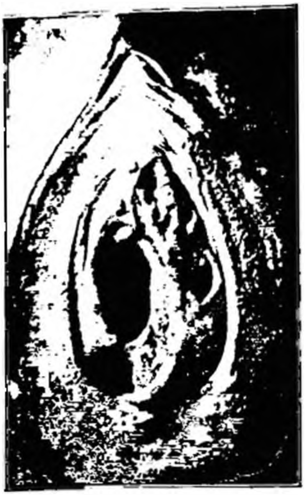


Fig. 32. — Himen natural, cu un mic orificiu supranumerar lateral; deflorat prin ruptura ce se vede dedesubtul orificiului principal.

himenul barat: o bandă care desparte orificiul (în sensul longitudinal, excepțional în sens transversal, dar puțin oblic) în două, constituind astfel două orificii foarte rar de mărime egală. Atunci când ambele orificii sunt foarte mici, avem tranziția la atrezia himenală complectă. Marginea liberă a orificiilor poate fi netedă sau dințată.

La himenul cu puntea transversală, orificiile sunt în totdeauna inegale și cu marginile când netede, când crestate (chiar la acelaș himen conturile celor două orificii pot fi diferite).

Puntea se continuă uneori printr'o prelungire mai scurtă sau mai lungă, care dă în vagin până la un nivel mai mic sau străbate întregul tub genital.

De o grosime și lățime variabilă, septul uneori proemină în vestibulul vaginal ca o toartă (prin care se poate trece o sondă). Poate fi și *filiform* sau în mijloc să prezinte o subțiere mare, luând înfățișarea de *clepsidru*.

După *Klaatsch* — 1914, la început orice himen are un orificiu dublu. Aceasta ar explica curiozitatea — foarte rar observată: prezența unui al doilea orificiu, mult mai mic decât cel principal, în apropiere de locul de inserțiune pe peretele vaginal.

Septul se observă îndeosebi la himenul inelar semi-lunar și în potcoavă.

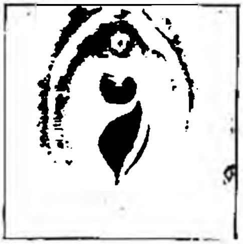


Fig. 33.—Himen natural deflorat cu ruptura membranei și a furculiței (prin introducerea bruscă a degetelor sub marginea liberă).

La aceste două din urmă forme ale membranei, orificiul divizat e excesiv de mic, puntea se continuă printr'o îngroșare mediană a substanței himenale, luând aspectul ascuțișului unei lame de cuțit.

Variabilă, rezistența punții poate constitui un obstacol la coit.

2. **Himen subseptus:** e himenul în al cărui sept există o soluție de continuitate, fie în mijloc (când avem două fragmente aproape egale), fie mai mult spre extremitatea superioară ori spre cea inferioară (mai

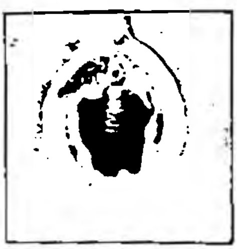


Fig. 34. — Himen natural cu deflorare veche: retracțiunea lambourilor și formarea carunculilor mirtiformi.

mult spre dreapta ori spre stânga, în septul transversal), fragmente cari au aspectul unei stalactite sau al unei stalagmite. In cazul acesta avem un himen cu 3 orificii: două orificii laterale (sau unul superior şi unul inferior) şi unul mai mult sau mai puţin central (pe locul unde s'a produs pierderea de substanţă). Uneori există numai o stalactită sau numai o stalagmită şi atunci avem iarăşi trei orificii, al treilea (de formă neregulată) începând dela extremitatea septului incomplect.

Atunci când puntea e inserată numai cu o extremitate, ea se poate prezinta mult lungită şi subţiată — **sept vermiform** (pentru întâia oară identificat de Mierzsewski—1871), care se observă mai ales pe periferia posterioară şi, prin oscilaţiile lui, provoacă o iritaţie a mucoasei vulvare de care se freacă.

Uneori himenul se găseşte proptit pe coloanele vaginului, îndeosebi pe coloana posterioară *(columna rugarum)*, care, în partea mediană a feţei postero-inferioare a membranei, formează o colonetă triunghiulară cu direcţia antero-posterioară; în punctul acela îngroaşă himenul, terminându-se printr'o umflătură la marginea liberă, pe care o poate depăşi, prelungindu-se astfel printr'o langhetă liberă, situată deasupra marginii orificiului. In alte himene *columna rugarum* se bifurcă în unghiu ascuţit, iar laturile acestuia constitue, pe faţa posterioară a membranei, doi stâlpi de proptea perfect vizibili.

E de observat că, în himenul cu septul incomplect, rudimentele punţii pot fi confundate cu vestigiile unei rupturi traumatice.

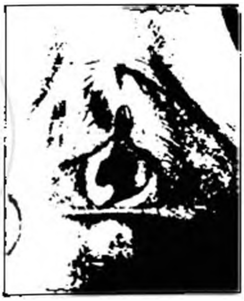


Fig. 35. — Himen natural inelar deflorat.

3. **Himenul cribriform** (himenul ciuruit), cu mai mult de două orificii. E un specimen extrem de rar. La himenul cribiform se distinge un orificiu normal şi două sau mai multe orificii mai mici, presărate pe întinderea membranei.

Dintre varietăţile mai interesante notăm:

a) *Himenul labiat* cu orificiul central foarte îngust şi cu două orificii laterale de formă neregulată şi inegale ca mărime.

b) *Himenul dublu barat:* două punţi în cruce, formând astfel 4 orificii, neregulate ca formă şi inegale.

c) *Himenul etajat:* un himen barat vertical, iar de ambele părţi ale punţii centrale câte două sau trei bare mai mici, arcuite, formând astfel câte trei sau patru orificii de fiece parte a septului median vertical (în total 6 sau 8 orificii).

O curioasă varietate himenală e aceea observată de *Fritz*

Hermann (1929) la o fecioară de 20 ani: *himenul, aparent complect închis, avea totuș un orificiu semilunar, cu marginile îngroșate, situat imediat sub uretră.* Practicându-se excizinnea, s'a dat peste două bride groase de 3 mm. și lungi de 6 mm., fixate deoparte și de alta a locului de inserțiune a himenului, așa că s'au format două orificii.

Un ciudat specimen de himen am avut și noi prilejul să observăm: *membrana, foarte subțire, formată din două segmente încălicate pe linia mediană longitudinală, iar orificiul nu devenia vizibil decât în urma deschiderii forțate a vaginului.*

III. Consistența himenului

Prezintă și ea o foarte mare varietate:

1. **Himen plin** și **cărnos**, care opune o rezistență apreciabilă.

2. **Himen tendinos** (pentru întâia oară descris de *Velpeau*), care nu e accesibil copulării decât în urma unei prealabile incizinni. Această anomalie a dat adeseori naștere la divorțuri.

3. **Himen cartilaginos** — și mai puțin propice deflorării. El se observă mai ales la fecioarele tomnatice și bătrâne (deoarece, odată cu vârsta, membrana, descinzând împreună cu vestibulul vaginal, devine mai compactă și mai puțin elastică). Excepțional, un astfel de himen se întâlnește și la o femee tânără. (Intr'un proces in nulitate a căsătoriei, *Haberda*, examinând pe o femee de 29 ani și măritată de 8 ani, normal desvoltată, a dat peste un himen cartilaginos, constituit dintr'o cută superioară și una inferioară, iar între ele o deschizătură transversală atât de îngustă că abea putea trece prin ea cotorul unei pene de gâscă, iar orificiul acesta nu se lăsa dilatat).

4. **Himenul transparent** e, din punctul de vedere al consistenței, diametralmente opus celorlalte trei feluri de membrane. Uneori e atât de subțiat că-ți dă impresia unei pânze de păiajen.

5. **Himenul cu lacune** e o membrană de consistență obicinuită, însă cu marginea liberă mai subțire decât conturul de inserțiune și cu părți mai puțin rezistente, subțiate, transparente, constituind lacune cari deobiceiu, prin perforare naturală, dau loc la orificiile supranumerare.

IV. Dilatabilitatea himenului

Proprietatea aceasta e în funcțiune de consistența membranei.

1. **Himenul normal** (de culoare roșie, cu fețele vaginale anterioară, vestibulară și posterioară despărțite printr'un abundent strat de țesut conjunctiv) are orificiul foarte elastic (un adevărat inel de cauciuc), așa că, fără risc de ruptură, se poate trece prin el nu numai degetul, ci chiar un speculum subțire.

2. **Himenul rezistent cu orificiul nedilatabil:** himenul tendinos, himenul cartilaginos; prin presiune mai mare poate fi rupt, nu însă destins.

3. **Himenul fragil** care, la cea mai ușoară presiune, se rupe: himenul subțire, himenul transparent, himenul lacunar.

4. **Himenul complezant** e un himen cu marginea liberă abundent cutată și foarte elastică, prin care speculum-ul trece cu mare ușurință.

5. **Himenul dublu.** Dalla Volta (1923) a identificat un *himen dublu:* două cute, una supero-anterioară și una infero-posterioară, încălecându-se, fără însă a acoperi orificiul în întregime. Cutele acestea ori rămân despărțite ori sunt in parte sudate, așa că între ele se formează burse. Al doilea himen poate fi constituit de o cută detașată din peretele vaginal, deasupra himenului propriu zis *(pseudo-himenul* identificat de *Schaeffer).*

6. **Himenul multiplu.** — Sub creasta uretrală se găsesc uneori lobi de formă și mărime diferită cari, atunci când atârnă mai mult in jos, dau impresia unui himen multiplu.

1. Desvirginarea

a) De regulă un **himen intact**, cu una din formele mai sus descrise, e semnul aproape cert al virginității. Zicem dinadins *aproape* cert, pentrucă deseori, în cazuri de deflorare mărturisită și confirmată prin sarcina subsequentă (uneori, precum am arătat, chiar până în momentul facerii) vedem membrana fără nici o urmă de ruptură mai recentă sau mai vechie. *Dastrac* a găsit himenul intact la 47 femei gravide. Dintr'o statistică a lui *Budin:* din 73 primipare, 13 au avut, în momentul durerilor de ușurare, himenul intact, iar prin orificiul lui puteau pătrunde 2—3 degete.

b) Dimpotrivă, **rupturile himenale** (crestături neregulat dispuse pe substanța himenală, cu marginile lipsite de înveliș mucos și ulcerate), atunci când examenul permite diferențiarea crestăturilor traumatice de crestăturile naturale (pe cari le-am văzut în unele forme de membrane), constitue dovada peremptorie a coitului premergător (afară de cazurile, mai jos expuse, în cari rupturile se pot produce și fără coit).

De regulă rupturile himenale sunt consecutive primului coit. Excepțional, îndeosebi la un himen inelar, se poate vedea o ruptură nouă, la o puberă deacum deflorată. Explicația trebuie căutată în volumul penisului, în poziția în care a avut loc coitul.

Să observăm, în prealabil, că la o *fetiță sub 6 ani,* ruptura membranei e exclusă, din cauza atreziei escesive a căilor genitale. — La o impuberă de 6—11 ani, ruptura himenului e posibilă numai în caz de traumatism violent, interesând perineul, fundurile-de-sac vaginale, peretele recto-vaginal. (Rupturi himenale, însoţite de hemoragie, la fetiţe între 7 şi 10 ani). — Dela 11 ani la vârsta pubertăţii, ruptura himenală e posibilă, dar e uneori însoţită de leziuni ale furculiţei şi ale fosei naviculare. Prin tentative repetate (de regulă în incest) se poate obţine treptata lărgire a vestibulului şi astfel penisul să pătrundă lesne până la himen, rupându-l. Dar şi după vârsta pubertară, atunci când fata e insuficient desvoltată, căile genitale nu permit accesul penisului. (Un satir a spintecat cu un cuţit comisurile vulvei şi buzele mici la o puberă de 15 ani — *Frank*, 1887).

Rupturile variază prin numărul şi adâncimea lor, precum şi după locul lor pe substanţa himenală. Iar sediul lor variază şi după poziţia în care e executat coitul. Uneori complectă chiar dela primul raport sexual (depinde de volumul penisului, de violenţa actului, de mărimea orificiului şi de consistenţa membranei), ruptura poate rămâne necomplectă chiar după câteva coituri repetate (volumul redus al membrului, rezistenţa mai mare a substanţei himenale, complezenţa orificiului).

Complectă, ruptura sfâşie himenul pe toată lăţimea lui, dela marginea liberă până la linia de inserţiune, interesând chiar uneori mucoasa vestibulară sau vaginală. Numai excepţional se poate nota o ruptură în sens contrar şi care se caracterizează prin smulgerea (pe o întindere mai mare sau mai mică) membranei depe linia ei de inserţiune.

Incomplectă, ruptura se caracterizează prin crestături mai puţin adânci.

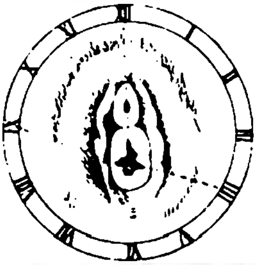


Fig. 56.— Cadranul Lacassagne pentru localizarea crestăturilor sau rupturilor himenale, în vederea redactării raportului: pe desenul cadranului de ceas, în mijlocul căruia se află himenul, se însemnează (prin indicarea cifrei corespunzătoare, locul unde au fost constatate leziunile himenale. Aşa, în clişeul de faţă, rupturile sunt indicate la „orele" 9, 12 şi 4.

In himenul septus, ruptura poate interesa numai puntea, pe care sau o smulge cu totul, sau o frânge numai (în mijloc, în jumătatea superioară ori în cea inferioară). Cu puntea prea rezistentă (care, la facere, necesită o inciziune) penisul îşi face loc printr'unul din cele două orificii, deobiceiu prin cel mare. Se întâmplă ca, în acţiunea lui de pătrundere, penisul să alterneze, aşa ca şi al doilea orificiu să prezinte crestături, de astădată mai adânci. Septul continuând să reziste până la facere, atingerile lui cu penisul provoacă femeii dureri caracteristice vaginismului şi cari sunt cu mult mai mari decât înseş acele ale rupturilor himenale.

In himenele atipice, ruptura se produce acolo unde rezistenţa e mai mică. La himenul fimbriat deflorarea se identifică prin absenţa franjurilor pe o întindere variabilă a marginii libere.

Se notează uneori şi false rupturi, adică numai o leziune superficială în substanţa himenală, între marginea liberă şi linia de inserţie: se produce o zdrelire, de formă şi mărime variabilă, asemănătoare unei lacune naturale, dar de care, în primele zile, se diferenţiază prin aspect (absenţa mucoasei).

Lambourile rezultate rămân pe acelaş plan, iar himenul, ca să zicem aşa reconstituit, îşi conservă forma generală iniţială. Se întâmplă ca lambourile să se resudeze şi atunci, luându-se numai după dâra scleroasă, sidefie a *cicatricei* sau a cicatricelor (al căror număr corespunde numărului de crestături traumatice) — adică numai după linia care tranşează pe fondul rozat al mucoasei de pe faţa superioară a membranei, i-ar fi aproape imposibil expertului să diferenţieze un himen violat de unul respectat *(Brouardel)*. De remarcat că nu întotdeauna *cicatricea* e semnul unei rupturi traumatice, ea putând fi şi urma unui proces patologic destructiv (difterie, nomă, variolă, febra tifoidă, etc.).

Dar şi în cazul când lambourile rămân despărţite, de îndată ce a intervenit cicatrizarea liniei de ruptură (marginea e din nou acoperită cu o mucoasă fină, rozată, la fel cu aceea a substanţei himenale) — cicatrizare care, deobiceiu, se produce în 3—4 zile şi numai excepţional (în caz de prea mare supuraţie ori de existenţă a unei vulvite) în 5—16 zile, — e iarăşi anevoios să se deosebească un himen intact (cu crestături congenitale) de unul care a suferit traumatismul coitului. Uneori persistă şi un mic trombus granular. Numai atrofiarea escesivă a lambourilor (consecutivă unor raporturi îndelung repetate, în cursul cărora lambourile sunt împinse spre pereţii vaginului) constitue un indiciu sigur al violului.

După facere, din himenul normal, din cauza necrozării unor lambouri izolate, n'au mai rămas decât nişte creste mucoase înşirate pe circonferinţa vaginului — *carunculii mirtiformi*. Numai excepţional, după mai multe faceri, orificiul vaginal e complect neted.

Sunt cazuri în cari, chiar după raporturi sexuale regulate de ani de zile, cu retracţiunea părţilor conservate ale membranei, nu se poate observa o modificare anatomică diferită de aceea provocată de primul coit de deflorare. Cum se poate vorbi de o dilatare a orificiului, atunci când nu cunoşti mărimea lui iniţială?

Uneori, marginile crestăturilor nu depăşesc bordura orificiului dilatat; după câteva zile, micile crestături sunt umplute şi deflorarea nu se mai poate identifica decât prin îngroşarea marginei libere a orificiului himenal. (La fete mici, cu raporturi sexuale des repetate, cu orificiul cât grosimea degetului dar uşor dilatabil, nu s-a observat decât îngroşarea şi rotunjirea marginii libere).

Când s'au produs rupturi adânci, dintre cari două mărginesc un lambou de formă triunghiulară, acest lambou are marginile îngroșate și, prin retracțiune, ia aspectul unui dop aplicat în afară și rebel la încercarea de a-l îndrepta.

Atunci când ruptura de deflorare merge în jos, orificiul capătă forma unei găuri a cheii în broască; între marginile crestăturii se pot identifica cutele columnei rugarum.

Himenul poate rezista nu numai primului coit, ci și la raporturi repetate. La o servitoare, care a avortat în mijlocul primei gestațiuni, s-a găsit un himen septus intact, cu puntea groasă, cărnoasă, îndreptată dela stânga la dreapta și cu orificii mari, fără crestături ale marginilor libere *(Haberda)*. Un rest al septului se poate observa și la femei cari au născut de mai multe ori.

Faptul observat, cu inserarea unei colonete triunghiulare la mijlocul feței inferioare a membranei, ne dă explicația că, după lacerarea himenului inelar sau semi-lunar, rămâne un lambou median triunghiular, care apoi se retractează.

Numărul lambourilor variază cu consistența și tipul himenului. Uneori există numai o ruptură unică. Deobiceiu se notează: *a)* la *himenul inelar* 3—4 lambouri; *b)* la *himenul semilunar* 3 lambouri — unul median, triunghiular, și două laterale (atunci când plesnește în două puncte laterale), sau 5 ori 7, dintre cari 3 sau 5 jos și 2 laterale *(Tourdes;* noi, însă, n'am observat niciodată mai mult de 4 lambouri); *c)* la *himenul labiat,* 2 lambouri cari sunt înseși cele două buze ale himenului (rupt numai la comisurile lui) sau 4 lambouri (la rupturile comisurale adăugându-se două rupturi laterale).

c) **Hemoragia**, care deobiceiu însoțește prima ruptură a himenului, poate fi foarte abundentă (în caz de *hemofilie*, când hemoragia, uneori mortală, necesită o intervenție, cum ar fi torsiunea unui vas arterial). Hemoragia himenală poate fi și foarte neînsemnată, abea câteva grame de sânge.

In funcțiune de bogăția vasculară a membranei, importanța hemoragiei depinde și de adâncimea rupturilor. Dacă acestea ajung până la linia de inserțiune, sau se produc la inserțiunea de jos a septului, putem avea o hemoragie profuză și chiar leziuni vaginale.

I. Himenul rămâne intact:

1. **Când penisul în erecțiune nu pătrunde în vagin, coitul cu ejaculare având loc în vestibulul vaginal.**—Un atare coit se produce nu numai la impuberele până la 11 ani (la cari, din cauza strâmtării escesive a genitalelor externe, penisul abea poate forța intrarea vulvei) ci și la femei măritate (la cari consistența tendinoasă sau cartilaginoasă a himenului, atunci când presiunea nu e deosebit de mare, se opune la dilatarea și la ruperea marginei libere a membra-

nei). Himenul poate fi cel mult apăsat în jos (uneori până în vecinătatea colului uterin) și să provoace durere la presiunea exercitată asupra lui. La unele fecioare bătrâne, din cauza unei proliferări a țesutului conjunctiv care susține mucoasa, himenul e escesiv de îngroșat și nu se rupe sub efortul fizic. S'au văzut himene la cari țesutul conjunctiv s-a transformat treptat în țesut osos, făcând astfel imposibilă intromisiunea vaginală.

2. **Atunci când forma și elasticitatea himenală permite penetrațiunea membrului, prin simpla dilatare a orificiului.** — O atare dilatare e însă exclusă, atunci când orificiul e extrem de mic (himen inelar, himen semi-lunar, himen în potcoavă, himen septus) sau când, deși cu orificiul relativ mare, membrana e de o consistență prea gingașă (himen transparent, himen cu lacune), ca prin forțarea intrării să nu se rupă.

3. **Intact rămâne himenul escesiv de elastic și cu orificiul atât de mare, că prin el pot trece unul sau două degete.** La prostituate, la femei după repetate avorturi naturale, chiar la primipare cu asemenea himen nu se constată adesea nici o modificare anatomică a membranei. O atare formă de himen e foarte des întâlnită și se explică decе, nu numai în popor dar și în clasele sociale mai bune și chiar în păturile intelectuale, a dat, dă și va mai da încă naștere la cerere de divorț din partea bărbatului, pe presumpțiunea că, primul raport sexual neprovocând o scurgere de sânge, femeea n'a fost virgină. Pentru o atare împrejurare recomandăm medicului examinator următoarea formulă de concluzie: X. *nu e deflorată în înțelesul medical al cuvântului, adică himenul nu este rupt; acesta e însă astfel conformat că permite intromisiunea repetată a penisului fără a fi expus să se rupă.*

4. În **forma labiată**, himenul nu prezintă nici un fel de ruptură; lobii sunt împinși către vagin, acesta și inserția lobilor pe el se estind și astfel lasă drum liber penisului.

II. Himenul rupt fără coit

Ruptura nu e întotdeauna datorită coitului, ci și unei cauze chirurgicale, accidentale sau patologice.

1. *Intervenția chirurgicală* se produce în himenele imperforate sau în cele cu orificiul prea strâmt, pentruca, în momentul instalării menstruației, să permită scurgerea fluxului catamenial. Integritatea himenală mai poate suferi atunci când o afecțiune a organelor genitale necesită o intervenție care să intereseze și membrana virginității.

2. *Involuntar, în cursul unui examen medical* atunci când omul artei, fie din lipsă de experiență, fie printr'o intromisiune prea

brutală, fie insfârşit din nebăgare de seamă, provoacă o ruptură mai mare sau mai mică a membranei. In astfel de imprejurare e de datoria medicului ca, fără a fi solicitat, să elibereze un certificat atestând originea rupturii.

3. *Masturbarea repetată* (activă — auto-masturbare — şi pasivă — masturbare suferită dela altă persoană) prin frecarea buzelor mari pe faţa lor internă şi a clitorisului, prin lărgirea deschizăturii nimfelor şi însfârşit prin împingerea chiar nebrutală a degetului sau a unui alt corp dur, poate la o fată (cu puţin înainte de ivirea primei menstruaţii şi nu mult după aceasta) să producă grave leziuni — până la plesnirea himenului.

4. *Accesele de histerie.* — In apropierea instalării pubertăţii şi după aceasta, fecioarele nevrozate, într'un acces de histerie, îşi pot provoca rupturi himenale, prin introducerea forţată în vagin a unor corpuri dure (un borcănaş de pomadă — *Segond)* sau înfigerea degetului. Fete psichopatice găsesc, în durerea ce le-o pricinueşte ruperea himenului, o sensaţie voluptuoasă. O fetiţă cu accese histeroepileptice şi-a rupt himenul cu o pietricică pe care a împins-o cu degetul *(Viviani).*

5. *Infigerea degetului.* — Atentatorul, atins de una din formele perversiunii simţului genital, se mulţumeşte cu forţarea şi lărgirea treptată a intrării vaginale cu unul, două sau chiar trei degete şi cauzează astfel rupturi himenale. (Pe himenul rupt s'a găsit un fragment din stofa rochiţei unei copile, căreia un satir i-a înfipt degetul în vagin, prin rochiţă — *Lender.* — O perforare în lăţimea himenului, alături de orificiul natural al unei membrane semilunare, a fost făcută cu degetul — *Tardieu).* Expertul trebue să examineze cu atenţie o asemenea ruptură circulară, spre a nu o confunda cu un eventual orificiu accesoriu congenital.

6. *Accidentul: a)* Căderea unei copile de 6 ani peste o cărămidă; s'au produs leziuni ale coapsei şi vulvei, şi o plesnire a himenului. Toate aparenţele militau pentru siluire, dar imaginea complexului leziunilor explica în chip evident originea adevărată a rupturii himenale *(Minovici).*

b) Căderea dela înălţime, cu picioarele desfăcute şi cu părţile genitale pe un obiect care pătrunde prin vulvă în vagin (gâtul unei sticle — *Keszly,* 1922).

c) Căderea în picioare sau pe şezut, fără rănire a regiunii genitale, poate provoca plesnirea himenului.

d) Simpla tracţiune a coapselor nu ajunge spre a provoca plesnirea himenului.

e) Spargerea unui recipient pe care e aşezată fata: rănirea perineului, a fosei naviculare, a furculiţei, şi o ruptură la partea posterioară a himenului, la o fetiță sub care s-a sfărâmat o oală de noapte (*Minovici*).

f) Altfel de accident: *trecerea roților unui vehicul greu peste regiunea genitală.* Ruptura himenală nu e însă de regulă, pentrucă, în atari accidente s-a văzut himenul cruțat, deși a existat strivirea vulvei cu ruptura fosei naviculare și chiar deslipirea vaginului.

7. *Cauze patologice.* — Afecțiunile destructive ale vulvei (ulcerații, gangrene) pot interesa și himenul, atacându-i integritatea. -- Leziunile himenale mai sunt datorite bolilor venerice și afecțiunilor sifilitice, proceselor destructive în difterie, noma (cancer aquaticus), variolă, febră tifoidă. — Pe cadavru, himenul poate fi distrus de putrefacție; sunt însă și excepții: în afacerea otrăvitoarei din Giurgiu (1883) — care acuzase pe soțul ei de a-și fi deflorat fata — la desgroparea practicată după vreo cinci luni, am găsit himenul bine conservat: nici examenul microscopic nici cel histologic n'a pus în evidență nici cea mai neînsemnată leziune himenală, nu numai vitală dar nici măcar post-mortală (*Minovici*). Ulterior, *Strassmann* a notat și el o membrană cruțată de putrefacția înaintată.

8. *In aberațiuni sexuale:* la Viena s-a notat desvirginarea unei fete cu un penis artificial.

9. *Datini populare.* — In Egipt, desvirginarea miresei e făcută de o matroană bătrână, cu ajutorul unei surcele înfășurată într'o batistă albă și numai după aceia fecioara astfel deflorată ia contact sexual cu soțul.

2. Leziunile vaginale

In afară de cazurile rare, în cari se notează pe el leziuni traumatice, sau de cazurile cu infecțiuni, vaginul are o importanță relativ mică în expertizele medico-legale. Și aceasta pe considerațiunea elasticității tubului vaginal, ale cărui încrețituri se destind, permițând pătrunderea în adâncime a penisului care a isbutit odată să rupă bariera himenală. La o femee de mult desvirginată și care vreme îndelungată a avut raporturi sexuale normale, atentatul coital nu mai lasă nici o urmă (afară de cazul unui penis escesiv de lung și voluminos, sau de cazul unei poziții neadequate: deanpicioarele, posterior, în trăsură). In raporturile sexuale îndelung repetate și persistente, se produce cu timpul o pareză a vaginului: cutele acestuia rămân destinse (uneori apar aproape cu totul șterse); mucoasa lui pierde turgescența originară, cu alterarea pronunțată a constituției gingașe a căptușelii epiteliale a mucoasei.

Bellei — 1928, intr'un studiu consacrat la 11 observații de leziuni vaginale, la femei în vârstă de 19—45 ani, notează la toate hemoragii și dureri. *In* *ce privește localizarea leziunilor:* la 2 femei in peretele posterior drept; la restul, in diverse părți ale vaginului. Dintre femeile examinate, 6 erau nemăritate, dar deprinse cu raportul sexual, iar 5 căsătorite. De 9 ori leziunile au fost produse în pozițiunea normală, o dată dea'npicioarele și o dată în pozițiunea cubito-genuchială. — O interesantă observație făcută de noi in cazul unui himen tendinos: cu prilejul primului raport sexual (in noaptea nunții) prin brutala lui intromisiune, penisul, după ce a rupt himenul, fosa naviculară și furculița, a pătruns în mușchii coapsei, producând o ruptură mare și o hemoragie abundentă. Femeea a fugit și a cerut divorțul.

Examenul atent al vaginului se impune însă atunci când victima prezumată e o impuberă ori o nubilă cu hipoplasie genitală, dar și in aceste cazuri, numai examenul unei leziuni recente poate fi cu adevărat edificator. Oricum expertul trebue să fie de o mare prudență în formularea concluziunilor sale, pentrucă propriile noastre observații, — coroborând pe acele ale lui *Hofmann-Haberda, Brouardel, Tardieu, Lacassagne, Ballog* (1914), *Landmann* (1917) — ne-au arătat că leziuni vaginale — mai ușoare și mai grave — există și la femei cu raporturi sexuale legitime, chiar la multipare.

Leziunile acestea sunt deobiceiu unilaterale: mai mult în peretele din dreapta (aceasta se explică prin direcțiunea penisului); mai rar se identifică leziuni longitudinale bilaterale și pe fundul vaginului. — După *Warmann* rupturile vaginale (în coitul consimțit) s-ar datora uneori spasmului voluptos excesiv al femeii.

Leziunile mai pot fi spontane: consistența prea slabă a țesutului, notată mai ales în primele trei luni dela naștere (*Kayser*, 1921); vaginismul de altă natură decât cea traumatică.

Leziunile vaginale, însoțite de hemoragie ori de o infecțiune și cari interesează și parametrul (țesutul conjunctival subseros de pe fețele laterale ale uterului și care se continuă între cele două foi ale ligamentului lat) pot fi foarte periculoase, mortale chiar.

5. Alte leziuni caracteristice

Desvirginarea sau chiar numai violul săvârșit asupra unei femei anterior deflorate (care însă a opus o rezistență dârză, prin strângerea coapselor, sau prezintă o atrezie congenitală a căilor genitale sau starea hipoplasică a genitalelor, viciu de conformație cu care s'a acomodat penisul cu volumul redus al cohabitatorului obicinuit) sunt adesea caracterizate nu numai prin ruperea himenului, ci și prin alte leziuni ale regiunii genitale. Leziunile acestea sunt datorite pedeoparte disproporției între poarta de intrare și volumul membrului, între adâncimea vaginală și lungimea acestuia, iar pe de alta violenței atentatorului și poziției în care se găsește victima.

1. **Ruptura perineului.** — Se notează mai frecvent la copii.

2. **Ruptura furculiței și a fosei naviculare.** Cel mai frecvent la copii.

3. **Grave leziuni vulvare și vaginale,** uneori rupturi adânci: *vulvo-vaginita traumatică.* (La o fetiță de 11 ani: o ruptură comisurală de 8 mm., distrugerea fosei naviculare, ruptura transversală a vaginului în partea postero-superioară, stabilindu-se astfel o comunicare directă între vagin și abdomen).

4. **Sufuziunile mucoasei vaginale** observate de regulă la femeile mai bătrâne, la cari atentatul se produce după un repaus sexual mai îndelungat.

5. **Fistulă vestibulo-rectală** notată la o fecioară de 20 ani, cu genitalele întrucâtva hipoplasice.

6. **Hemoragie** provocată prin rupturi altele decât cele bimenale. — *a)* Ruptură mai mare, cu hemoragie uneori letală, în intervalul dintre clitoris și uretră, mai ales atunci când coitul are loc într'o poziție anormală: femeea, ținută de complici, imobilizată în picioare, lipită de un zid, de un dulap, de un gard, etc. (*Klaproth, Muller* — ruptură de 2 cm., cu moartea consecutivă unei hemoragii escesiv de abundentă; *Wichmann* — hemoragie letală la o femee însărcinată). — *b)* O ruptură în treimea superioară a vaginului senil atrofic la o femee de 48 ani (*Cadwick*). — *c)* Ruptură de 12 cm. dealungul vaginului, la coitul deanpicioarele (*Seynsche*).

Toate aceste leziuni, în rare cazuri, nu sunt de atribuit acțiunii directe a penisului, ci întrebuințării în prealabil a degetului sau a unui corp dur pentru lărgirea căii vaginale (In 248 violuri, 5 cu leziuni făcute cu degetul — *Maschka*).

7. **Prolapsul mucoasei uretrale** (notat de *Dorfmeister* în atentatul la pudoarea unei fetițe de 8 ani). Impreună cu *Hofmann-Haberda* vom observa, că un atare prolaps nu e întotdeauna semnul unui atentat la pudoare, pentrucă el poate fi consecutiv: *a)* introducerii unui corp strein în canalul uretrei (masturbație); *b)* inflamației uretrei; *c)* angioamelor mucoasei uretrale; *d)* inflamației vesicii; *e)* obstipației (retențiunii urinei).

8. **Inchiderea cicatricială a vaginului** (Weiss).

* * *

Multe din leziunile căilor genitale pot fi datorite și unui traumatism fără nici o legătură cu atentatul la pudoare: o lovire sau o rănire accidentală. *Thoinot* a notat un hematom pe buzele mari ale unei fete, în urma căderii dela înălțime pe șezut. In cădere, se pot observa și rupturi ale nimfelor, leziuni ale clitorisului și ale mucoasei vestibulului vaginal.

4. Infecțiunea venerică

In ordinea lor de frecvență, infecțiunile venerice transmisibile prin raportul sexual sunt: 1) blenoragia; 2) sifilisul; 3) șancrul (moale și indurat).

1. Blenoragia

E infecțiunea cea mai ușor transmisibilă, chiar prin simpla atingere a genitalelor cu penisul (atunci când scurgerea, la bărbat, e mai abundentă). Contaminarea blenoragică poate deveni extrem de periculoasă, prin extinderea ei la organele interne, provocând astfel nu numai dureri durabile, dar, în unele cazuri, și sterilitatea.

Contaminării avem câteodată de atribuit: cistita, pyelo-nefrita, septicemia gonococică, cu afecțiuni metastasice, interesând endo-cardul și pericardul, aorta, pleura, plămânul, meningele, peritoniul, articulațiile, tunica tendinoasă, mușchii, oasele. Atari complicațiuni pot avea și urmări letale.

E însă de observat că nu întotdeauna fenomenele metastasice au ca origine transmisiunea genoreică (in deflorare prin infecția rupturilor himenale cu bacterium coli — *Widbolz*, 1912): sunt, de exemplu, salpingitide cu peritonită consecutivă, de natură neblenoreică. După cum deasemenea nu vom atribui *de plano* contaminării blenoragice orice inflamație și decolare a mucoasei genitalelor externe, orice secrețiune mucoasă sau purulentă, deoarece ele pot avea obârșia în iritațiuni mecanice (masturbație cu mâna sau cu corpi streini) sau în impurități pătrunse în căile genitale. Expertul trebue să fie de o extremă prudență, pentrucă sunt foarte frecvente cazurile de provocare artificială a unor atari afecțiuni, în scop de șantaj.

Mai e apoi de observat, că blenoragia se mai poate contracta chiar în absența oricărui contact sexual direct: *a)* S-a văzut scurgere blenoragică la copii cari au dormit într'un pat cu părintele, mama, sora mai mare, etc. atinse de scurgere gonoreică. — *b)* Două fetițe surori (una de 1 an și cealaltă de 4 ani) au fost contaminate prin simpla atingere cu un burete cu care mai înainte se spălase un adult blenoragic *(Rym)*. — *c)* Utilizarea aceluiaș prosop, cearșaf de baie, etc., atingerea unui obiect pătat cu secrețiune blenoreică crează (în pensionate, căminuri, cazărmi, spitale de copii) adevărate epidemii de vulvo-vaginită blenoragică; întrebuințarea unui termometru care a servit la luarea temperaturii vaginale la o femee infectată.

Să mai notăm, pentru transmisiunea infecțiunii venerice, și cazul când, deși aceasta are ca origine coitul forțat, mobilul însă trebue căutat nu în dorința satisfacerii brutale a instinctului genezic, ci în superstiție: la unele popoare există credința că leacul cel mai eficace al unei boli venerice e, pentru bărbat, raportul sexual cu o fecioară, iar pentru femee, cu un flăcău cast.

Gonorea mai poate fi consecința unei transmisiuni prin intermediar, în amorul lesbic: O femee de 29 ani, care n'a avut niciodată raporturi eterosexuale, s'a pomenit cu o scurgere blenoragică; explicația a fost găsită în faptul că „prietena" cu care practica aberațiunea sexuală și care era măritată, fusese infectată de soțul ei (*Heller*, 1928).

Insfârșit, nu trebue scăpat din vedere, că numai clinicește e foarte greu de identificat gonoreea, mai ales când e știut astăzi că nu ne putem bizui numai pe informațiunile privitoare la: durata incubării, cantitatea și constituția secrețiunii, intensitatea fenomenelor imflamatorii. Singurul semn diferențial cert e prezența *gonococului lui Neisser* (pentru al cărui mod de izolare vezi Vol. I. pag. 592—594). *Joachimovits* (1928) a identificat gonococul intr'o pată spermatică uscată (de pe o cămașă) după 17 luni.

a) Indeosebi virulentă e blenoreea la impubere, la cari chiar numai urmele de secrețiune pot da naștere la infecțiuni acute.

Vulvo-vaginita blenoragică atacă uretra, rectul, excepțional canalul cervical, endometrul și anexele uterine și se poate prezinta și complicația unor fenomene peritoneale. Frecventă mai ales la minorele sub 11 ani, ea se manifestă prin roșeață, tumefacție, echimose, ulcerații, adenită inguinală, bartholinită, scurgere purulentă (imediat sau după 2—3 zile). Ușoară, vulvita dispare după câteva ore; gravă dar îngrijită, cedează tratamentului după maximum 15 zile; gravă și neglijată și când, pedeasupra, fetița e și murdar ținută, afecțiunea poate deveni cronică.

Inainte însă de a ne pronunța, trebue să ne înarmăm cu toate informațiunile cu ajutorul cărora să ne putem edifica asupra originii afecțiunii. In cazurile de vulvită blenoragică, expertul trebue să fie foarte prudent: nu va conchide numaidecât că ea e consecutivă unui raport sexual desăvârșit sau numai încercat, pentrucă o atare vulvo-vaginită poate avea ca obârșie și o infecțiune indirectă.

1. In primul loc, grație identificării *gonococului lui Neisser*, se poate lesne diferenția o *vulvită blenoragică* de una cu cauză traumatică, in absența oricărui atentat sau tentativă de atentat la pudoare.

2. Dar, precum am arătat, contaminarea putându-se produce indirect (burete, prosop, contactul asexual cu persoane blenoragice), anamneza ne va procura un prețios element de convingere.

3. Iarăși, precum am indicat, există și vulvovaginite epidemice, în secrețiunile cărora se pot identifica: bacterium coli, streptococul, stafilococul, pneumococul, micrococul cataral, trichonomas vaginalis. O vulvită asemănătoare cu cea blenoragică, după cum notează *Bucura* (1923), poate fi provocată și de *bacterium ureae*.

4. Deasemenea, după cum iarăși am indicat-o, prezența unor corpi streini în uretră, vesică sau vagin (in cari pătrund prin orificiul himenal) poate provoca vulvo.vaginite.

5. Eczemele pruriginoase, aftele, herpes, râia dau naștere la secrețiuni.

6. Obstipaţia produce şi ea uneori secreţiuni.

7. Vulvite datorite unor boli infecţioase (pojar, scarlatină, angină difterică).

8. Febra tifoidă, nefrita, diabetul provoacă scurgeri nu numai la impubere, ci şi la *adulte*.

b) La băeţi infecţiunea se poate transmite de femeile prostituate (servitoarea, guvernanta, mama, sora) cari abuzează de ei, fie prin stabilirea raportului sexual, fie prin simpla atingere a vulvei cu penisul. Infecţiunea, neîngrijită la timp, poate da naştere la procese metastasice (epididimită, prostatită).

c) La adulţi (femee sau bărbat) infecţiunea se face pe aceeaş cale.

II. Sifilisul

Virusul sifilitic nu cruţă nici o parte a organismului şi provoacă uneori afecţiuni cari pot apărea abea după câţiva ani dela contaminare.

Dar sifilisul nu se contractează numai pe calea de transmisiune directă a raportului sexual, ci şi accidental, pe calea unei infecţiuni extragenitale. In circumciziunea rituală, deopildă, sifilisul e transmis prin gura „specialistului" care suge rana preputială (*Schick*, 1917, a identificat un mare număr de asemenea cazuri de contaminare).

De multe ori (la examinarea acuzatului sau acuzatei), din cauza absenţei unui semn manifest al sifilisului, e anevoios să se identifice sursa de infecţiune (mai ales când e vorba numai de efectul primar al bolii).

Pozitiva Wasserman nu ne ajută şi la determinarea epocii la care acuzatul a putut să aibe efflorescenţe sifilitice apte la transmisiunea infecţiunii. Nici negativa Wassermann nu exclude existenţa sifilisului la epoca atentatului, pentrucă — atunci când examenul are loc după trecere mai îndelungată dela raportul sexual — acuzatul (acuzata) a putut în interval să urmeze un tratament pentru înlăturarea simptomelor primare. Atunci însă când există tumefacţiuni multiple ale glandelor, leucoderma cefei, psoriasisul mucoasei bucale şi al limbii, avem oarecari şanse de identificare a sifilisului latent.

La examinarea victimei, vom prefera reacţiei Wassermann (care abea în a 7-a săptămână dela infectare poate da un rezultat pozitiv) căutarea directă a germenului bolii, *spirocheta pallida* în manifestaţiunea primară a afecţiunii. Izolarea spirochetei se obţine astfel: serul, extras prin frecarea unui efect primar sau a unei papile cu o spatulă de platină, se colorează cu o soluţie Giemsa (azur de methylen, albastru de methylen eosină în alcool metilic şi glicerină) şi atunci apare microbul.

III. Şancărul

A) **Şancărul indurat** e greu de identificat după o trecere de timp mai îndelungat dela data infecţiunii, pentrucă acest şancăr nu lasă cicatrice ulceroase.

B) Şancărul moale se caracterizează cliniceşte prin: purulenţa glandelor, procese flegmonoase sau gangrenoase, trombose, etc. — Şancărul moale poate da loc la confuzii:

a) In primul loc, mai ales la origine, se poate lua drept şancăr ulcus vulvae acutum (*Lipschütz*, 1918).

b) Ulcerele herpetice, aftoase, tuberculoase şi traumatice sunt greu de deosebit de şancărul moale.

c) Eroziunile vulvitice dau şi ele loc la confuzie.

d) Umflarea glandelor limfatice şi purulenţa glandelor pot avea ca origine nu numai un şancăr moale, ci şi o ulceraţie traumatică.

e) Procesele gangrenoase (luate uneori drept ulcere şancroase phagedenice) se pot vedea şi la fetiţe indemne de orice atingere impudică, dar atinse de noma, difterie, scarlatină, febră tifoidă.

f) Herpes praeputialis (care se notează şi pe genitalele feminine) se caracterizează prin prezenţa unor vesicule punctiforme cari se usucă şi se vindecă sub crustă.

g) Bubonii se văd mai des la bărbat decât la femee.

Caracterizarea şancrului moale se face pe deoparte prin determinarea evoluţiei procesului, iar pe de alta prin identificarea streptro-bacililor lui Ducrey-Unna în secreţiunea ulcerului.

5. Turburările psichice şi nevrozele

I. **La** copii escitaţia sexuală prematură poate provoca stări psichice şi nervoase cari să le altereze mult sănătatea.

Cele mai frecvent întâlnite sunt *manifestaţiunile epileptoide* (cu spasmuri). Expertul va fi foarte precaut:

a) Din cauza mythomaniei atât de specifică nevârstnicului care, cu cât e mai mic, cu atât e şi mai susceptibil de o *suugestiune streină*.

b) După ce va confirma existenţa acceselor convulsive şi natura acestora, *va stabili dacă există concordanţă între data apariţiei acceselor şi epoca atentatului.*

c) Convulsiunile pot avea ca origine: stări hydrocefalice, iritaţii periferice asexuale (*helmintiasis*), schimbarea dentiţiunii, apropiata instalare a pubertăţii, temperament iritabil cu predispoziţie la turburări neuropatice, convulsive.

d) Nevrozele şi fenomenele psichopatice işi pot avea obârşia şi în masturbaţia inveterată.

II. **La adulţi.** — Deprimarea neuro-psichopatică, melancolia, histeria, chorea şi alienaţia histero-epileptică caracterizează adesea efectul groazei provocate de atentatul la pudoare consumat, de conştiinţa consecinţelor din punctul de vedere al poziţiei sociale (*Krafft-Ebing*). Nu e însă mai puţin adevărat, după cum am arătat şi noi (capitolul „Pubertatea"), că şi debutul vieţii sexuale poate fi cauza unor stări absolut identice.

6. Moartea

In cursul sau după consumarea atentatului, moartea se produce mai ales in următoarele imprejurări:

I. In timpul coitului: a) *Violenţa exercitată de atentator*, spre a stăpâni victima şi a o impiedeca să strige (astuparea gurii cu mâna, sufocarea prin punerea unui căluş, strangularea, lovituri grave).

b) *Bolile inimii, plămânilor* contribue la bruscarea morţii. Paralizia inimii se poate produce numai sub influenţa spaimei, chiar inainte de consumarea violului.

c) *Hemoragia cerebrală.*

Dar atât paralizia inimii cât şi hemoragia cerebrală se pot produce şi în coitul consimţit.

II. După atentat: a) *Leziuni grave ale genitalelor şi procese secundare ale actului brutal* (anevrism dissicans după 14 zile la o fată — *Blumenstock*).

b) *Efectele narcozei sau ale substanţei ameţitoare* (băutura alcoolică sofisticată, stupefiante în doze mari).

c) *Hemoptizie* cu moartea consecutivă la 3 săptămâni dela atentat (viol comis de un dentist — *Hofmann-Haberda*).

d) *Infecţiune venerică*, pe care s-a grefat o altă afecţiune, cu moartea consecutivă după un timp variabil: 1) peritonită metastasică *(Tardieu)*; 2) edem al extremităţii inferioare stângi, metrită purulentă şi vaginală, tromboză a venei iliace sinoviale, embolie a arterei pulmonare *(Brouardel)*.

e) *Crimă sadică.*

7. Sarcina

Vechea teorie, după care fecundarea n'ar fi posibilă în cursul unui coit forţat, nu mai găseşte astăzi nici un adept cu greutate. Şi aceasta, pentrucă nu e serioasă, în orice caz pe nimic întemeiată, obiecţiunea că fecundarea ar fi in funcţiune directă şi absolută de un grad minim de spasm voluptuos din partea femeii.

Atunci când examenul se face după apariţia primelor semne, existenţa gravidităţii e în afară de discuţie (bine înţeles că expertul va avea grija să nu ia drept fruct al concepţiunii o tumoare).

Examenul făcându-se imediat după atentat, posibilitatea sarcinii se deduce din identificarea spermei cu spermatozoizi în vagin sau chiar numai la intrarea vestibulului. Apoi se identifică prezenţa spermatozoidului viu în lichidul spermatic al autorului violului.

Examenul acesta are importanţă şi din punctul de vedere al cercetării paternităţii, dat fiind că, în anumite împrejurări, siluirea poate fi asimilată ca o răpire momentană (art. 307 c. c.).

1. **Identificarea spermei la victimă.** — Desvirginarea neimplicând neapărat şi fructificarea (în cazurile descrise la *impotenţia fecundandi*, cu toate că există *potentia coeundi)*, urmează că în primul loc trebue să demonstrăm existenţa spermei (dovada coitului cu ejaculare subsequentă) şi numai în urmă să analizăm calitatea lichidului seminal, prin identificarea elementului esenţial al fecundării — spermatozoidul.

a) *Căutarea spermei:* pe mucozităţile vaginului şi ale uterului (extracţiunea, după desinfectarea radicală a vaginului, se face cu ajutorul unui instrument de platină), pe mucozităţile uscate din vecinătatea genitalelor şi pe peri. — Sperma putându-se identifica chiar pe cadavre intrate în putrefacţie, urmează că urmele ei se pot uşor găsi pe persoana vie, chiar după trecere de câteva zile.

O dovadă a ejaculării în timpul siluirii se mai poate obţine şi prin căutarea *celulelor epiteliale pavimentoase cu glicogen*, în pata formată de sperma scursă din genitale (pe rufe, aşternut) sau in sperma depe rufa, cârpa, prosopul, cearşaful cu care victima s'a şters. Procedeul de identificare a acestor celule pavimentoase glicogenice e cel experimentat de *Wiegmann* cu soluţia Lugol (0.2 iod, 0.3 potasiu iodat, 45,0 apă distilată). Proba nu e însă peremptorie, deoarece, după cum observă şi *Strassmann* (1925), asemenea celule glicogenice se găsesc şi în uretra bărbatului.

b) *Caracterizarea lichidului spermatic* se face prin procedeele expuse in vol. I (pag. 583—595). *Waldstein* şi *Ekler* (1913) au reuşit, pe cale experimentală (cu o femelă de iepure), să identifice sperma prin prezenţa unor fermenţi în sângele in care aceasta s-a resorbit, fermenţi cari au o acţiune specifică asupra lichidului seminal. Proba aceasta biologică n'a dat până acum rezultate concludente în aplicarea ei la femee; e incontestabil că, în ziua în care ea va putea fi deantregul verificată, expertiza medico-legală va fi înarmată cu un mijloc de investigaţie superior celor până azi întrebuinţate.

Pentru identificarea petelor de spermă se recomandă şi utilizarea *luminii lui Wood* (raze ultra-violete filtrate cu 3.630 Angstromi, cari dau spermei uscate o fluorescenţă albă lucitoare). Dar— observă *Simonin* (1929) — lumina lui Wood nu excită numai fluorescenţa petei spermatice (care pare datorită cholinei) ci şi aceea a altor secreţiuni organice (mucusul nazal, vaginal şi uretral, scurgerea leucoreică, lochiile, puroiul blenoragic, puroiul stafilococic, urina normală, urina icterică, glycosurică şi urobilinică, bila, saliva, materiile fecale, meconiul, sângele normal şi menstrual, laptele). Aşadar fluorescenţa spermei nu poate avea o valoare diagnosticală sigură: cel mult poate servi ca un semn de orientare.

2. **Identificarea spermatozoidului** se face după indicațiunile date in vol. I (pag. 588—591).

Ceeace indeosebi interesează în caz de siluire e durata persistenței spermatozoidului în lichidul seminal ejaculat în genitalele victimei.

Știindu-se că spermatozoidul pătrunde prin colul uterin în maximum 4—5 minute, se vede cât de ușoară e impregnarea. Afară de cazul când victima, imediat după ejaculare, și-a făcut o spălătură, sau lichidul spermatic a suferit acțiunea unor soluții acide sau aceea a urinei, impregnarea s-ar putea produce și mai târziu, cunoscută fiind extrema vitalitate a spermatozoidului in anumite condițiuni de mediu și de temperatură. (Am arătat, in vol. I, că spermatozoidul poate trăi și în vaginul cadavrului, de regulă 30 ore, în cazuri excepționale și mai mult: 43 ore într'o observație a lui *Jaeger;* 55 ore într'una a lui *Rauber*, iar *Hofmann* a mai notat mișcări slabe pe o lamă, după 72 ore).

In genitalele femeii vii spermatozoidul își conservă vreme relativ îndelungată întreaga vitalitate. După *Pryll* (1917) durata medie a acestei vitalități e de 6—10 zile; după alții, până la două săptămâni și chiar mai mult (*Bossi* a găsit în vagin spermatozoizi vii o dată la 12 zile și altă dată la 17 zile după coit). Vitalitatea aceasta e mai ales mare, atunci când spermatozoidul a izbutit să se refugieze în uter, unde se produce procesul de fecundare (mucozitatea alcalină a colului uterin și a uterului e foarte prielnică spermatozoidului). Intr'o trompă uterină ulterior sudată, *Dährsen* a putut identifica spermatozoizi vii după trecerea de 25 zile dela coit, iar *Nürnberger* (1920), într'o trompă nesudată, o dată la 13 zile și altă dată la 14 zile dela coit. In sperma captată într'un condom, vara, la temperatura camerei, *Guggenberger* (1922) a identificat spermatozoizi foarte mobili, după 14 zile. Iar *Höhne* (1914) a găsit spermatozoizi vii și în sângele menstrual.

8. Sperma pe cadavru

1. **Dacă moartea s'a produs accidental**, sperma se caută în aceleaș locuri ca și la femeea vie.

2. **Dacă moartea e consecutivă violenței comise în timpul atentatului**, se poate întâmpla ca ejacularea să nu se mai fi produs decât după scoaterea membrului din vagin și atunci sperma trebue căutată în regiunea genitală, pe coapse, abdomen, pe îmbrăcămintea femeii, pe parchet, etc.

3. **Dacă violul e urmat de o crimă sadică**, sperma se va găsi în vagin, uter, trompe. Spermatozoidul, odată pătruns în uter, face o oră până parcurge drumul până la orificiul abdominal al trom-

pelor, apoi trece în cavitatea abdominală unde e inhăţat şi aglutinat de leucocite.

II. In atentatul etero-sexual contra-naturii

A. Masturbarea

1. **Fată sau femee masturbată de un bărbat.** — Se caută semnele masturbaţiunii pe cari le-am indicat la himenul rupt fără coit, precum şi la celelalte leziuni observate in atentatul la pudoare etero-sexual natural. (Ligatura clitorisului la o fetiţă de 8 ani — *Fredet*).

2. **Băiat masturbat de o femee.** — Semnele uneori caracteristice la penis.

B. Introducerea de corpi streini în vulvă şi vagin

Cele mai frecvente semne sunt leziunile vulvo-vaginale. Uneori se găsesc, pe himenul nerupt, sgărieturi curbe, caracteristice urmelor lăsate de unghii.

C. Introducerea degetelor şi a corpilor streini în anus

In unele perversiuni sexuale (masoşism, fetişism), atentatorului îi ajunge să introducă degetul sau un corp strein în anusul femeii (fetei), spre a avea erecţiune şi ejaculare. In cazul acesta se notează leziuni ale rectului (lingură introdusă în anusul unei fetiţe — *Tardieu*).

D. Atentatul perineal (anterior sau posterior)

Se notează roşeaţă, eroziuni pe perineu şi între coapse.

E. Cunnilingus

Se poate observa o iritare a mucoasei vulvo-vaginale.

F. Coitul bucal

1. **Băiatul victimă a unei femei sau fete depravate,** cu accese de histerie, poate avea pe penis urme mai mult sau mai puţin pronunţate de muşcături.

2. **Fetiţa** (inconştientă de actul la care e ademenită) e expusă la o infecţiune venerică transmisă prin penis. Formula simptomatologică a gonoreei gurii e: roşeaţa, tumefacţia mucoasei gingiilor, a căptuşelii bucale, a invelişului limbii; secreţiunea purulentă: abcese. Căutarea gonococului e foarte anevoioasă. E de observat însă că o *scleroză sifilitică a gurii şi a limbii* poate fi şi de natură acciden-

tală: marginea gurii unui pahar, unei ceşti, unei cane, unei sticle din care a băut un sifilitic (o sifilitică), sau ştergerea gurii cu o batistă, şervet, prosop, de care s'a servit o persoană atinsă de sifilis.

* * *

Intrucât priveşte semnele atentatului pederastic etero-sexual, le descriem mai jos, la: *„Atentatul la pudoare homosexual“.*

C. Atentatul cu caracter sadic

1. La femeea victimă a unui atare atentat nu se constată întotdeauna semnele desvirginării sau ale siluirii: nici ruptură a himenului, nici leziuni vulvo-vaginale, nici spermă în sau pe genitale. Sadicului îi ajunge uneori satisfacerea plăcerii de a'şi face victima să sufere, spre a putea juisa, fie prin erecţiune spontană cu ejaculare, fie prin masturbare ulterioară cruzimilor.

2. Atunci când sadicul îşi omoară victima, urme de spermă se pot căuta in toate orificiile naturale ale corpului sau în rănile provocate. (Sperma a fost găsită în spintecătura abdomenului).

III. In raportul homosexual

Victimele sunt deobiceiu copii, dar pot fi şi adulţi, atunci când aceştia se găsesc în vreuna din condiţiunile de impotenţă fizică ori morală de a se apăra şi rezista (toate eventualităţile mai sus descrise la atentatul la pudoare etero-sexual). Nu e exclus însă ca raportul să fie consimţit, iar ulterior, cu intenţiunea de şantaj, pretinsa victimă să facă plângere.

A. Semnele pederastiei active

Indicaţiunile anatomice date de *Tardieu* şi *Coutagne* continuă a fi discutate, pentrucă până acum ele n'au putut fi verificate ca semne de o certitudine, dacă nu absolută, dar măcar relativă. Numai sub beneficiu de inventar, rezumăm şi noi aceste semne: *a)* când penisul e mic, se observă la el (în pederastia activă cronică) o subţiare dela bază spre vârf; *b)* când penisul e mare, glandul apare strangulat la bază şi lungit în formă de con, penisul insuş e răsucit, iar meatul ia o poziţie transversală; *c)* când pederastul se şi masturbează, penisul se umflă, căpătând aspectul unei măciuci, iar glandul e turtit.

1. Un semn de probabilitate l-ar constitui prezenţa unor escoriaţiuni pe gland şi preput, atunci când accesul anal prezintă o dificultate excepţională. Dar aceste zdreliturí pot avea şi o altă origine: de exemplu, eroziuni mecanice provocate fie prin masturbaţie, fie prin frecarea membrului de faţa interioară a pantalonilor.

2. **Un semn de certitudine** (numai în cazul când examenul se face imediat după atentat) îl oferă prezența urmelor de materii fecale pe penis.

I. Vibert a identificat, la microscop, elementele constitutive ale fecalelor in șanțul balano-prepuțial, iar pe gland trei peri din regiunea anală a victimei. — H. *Jaumes*, 1891, a făcut dovada atentatului pederastic, prin identificarea elementelor fecalelor și a spermei în petele de pe o cârpă cu care paedicatorul își ștersese membrul.

B. Semnele pederastiei pasive

Cu tot respectul datorat înaintașilor, nu ne putem opri un zâmbet față de puerilitatea unora dintre așa zisele stigmate specifice, cu un mare lux de detalii descrise mai întâiu de *Zacchias* și apoi adoptate și complectate de *Tardieu* și *Casper*.

Zacchias și, după el, *Casper* pun, de exemplu, un preț deosebit pe *destinderea sfincterului* și *ștergerea încrețiturilor radiate ale anusului*, a cărui față apare astfel netedă, — ca semn al pederastiei pasive cronice. Vom vedea mai jos, la discutarea simptomatologiei pasivității în coitul anal, la ce se reduce valoarea acestui semn.

Tardieu vrea să atribue pederastiei pasive obicinuite și darul de a influența însuș habitusul exterior al individului: de exemplu, *escesiva desvoltare a feselor!* Cu foarte mult bun simț observă *Balthazard*, că o atare interpretare ar îndreptăți să se considere ca prostituată orice fecioară cu sânii prea desvoltați.

⁂

Să trecem acum la examinarea semnelor dintre cari unele ar putea numai impresiona ochiul și judecata expertului, iar altele să-i ofere oarecare certitudine. Le vom împărți dar în: semne îndoelnice și semne de probabilitate.

1. Semnele îndoelnice

Acestea privesc niște modificări morfologice de o valoare discutabilă:

1. **Destinderea sfincterului extern anal cu incontinența materiilor fecale.** — Semn de reținut numai în cazul când ne aflăm în fața unui prim atentat pederastic, săvârșit asupra unui copil și când examenul se face în primele 2—3 zile dela comiterea actului. Pentrucă, după acest termen, regiunea anală își recapătă aspectul normal. Dar, chiar verificarea acestui semn n'ar fi de loc concludentă (în caz de șantaj), pentrucă stigmatul se notează, după cum observă și *Balthazard*, și în dilatarea digitală a anusului, în tratamentul chirurgical al hemoroizilor.

Când e vorba de un adult, semnul e lipsit de valoare, atunci când preexista o pareză sfincteriala, în care caz, în narcoza cloroformică, anusul e atât de dilatabil că permite trecerea prin rect nu numai a două-trei degete, ci chiar a mânii și a brațului, îngăduind astfel chirurgului până și palparea rinichilor.

Dar, indiferent de vârsta individului, destinderea sfincterială poate să aibe o origine patologică: disenteria, diareea cronică, tuberculoza însoțită de enterită, leziunile medulare cu paralizie sfincterială.

Ceva mai mult, nici chiar pederastia cronică nu lasă întotdeauna semnul destinderii anale, după cum de altfel nici defecația regulată, timp de o vieață de om, nu are ca efect lărgirea permanentă a orificiului.

Pe cadavru, semnul nu merită absolut nici o atențiune, pentrucă destinderea aceasta e constantă imediat după dispariția rigidității cadaverice. Cel mult poate da loc la bănuială, atunci când, la *un copil,* observăm o netezire a încrețiturilor longitudinale.

2. **Deformarea infundibiliformă a anusului** (pentru întâia oară indicată de *Cullerier* și adoptată ca semn indiscutabil de către *Tardieu*): forma de pâlnie, cu vârful în orificiul anal, ar rezulta din îndesarea treptată a perineului, partea inferioară a sfincterului cedând mai ușor acțiunii de dilatare decât partea superioară. Dar, după cum cel dintâiu a demonstrat-o *Brouardel,* formațiunea „pâlniei" e un efect al contracturei mușchiului ridicător al anusului — contractură reflexă consecutivă unei leziuni dureroase fie a anusului fie a mucoasei rectale din vecinătate (rectită acută, fisură anală). Apoi, absent la pederaștii pasivi notorii, semnul „pâlniei" se întâlnește la unele persoane bătrâne, cu o pronunțată debilitate fizică.

2. Semnele de probabilitate

Sunt acelea pe cari ni le dau leziunile și infecțiunea venerică. De observat că, atunci când se notează, leziunile se 'ntâlnesc mai frecvent la persoanele slabe, de oarece la cele grase penisul nu poate pătrunde adânc. In practica noastră personală (examinarea a sute de prostituate, dintre cari multe foarte slabe, cari au mărturisit pederastia pasivă) n'am înregistrat *niciodată* vreo leziune revelatoare. Aceasta se explică pe deoparte prin faptul că penisul e în prealabil lubrefiat, iar pe de alta prin absența rezistenței (pederastria pasivă consimțită).

1. **Leziunile** cele mai frecvente sunt: căderea mucoasei rectale, un proces inflamatoriu cronic care se traduce prin ulcerații, fistule, hemoroizi, caruncuili din jurul anusului, formațiuni canceroase *(a.* ruptura pe linia mediană, lângă cea perineală, în cele

două puncte unde mucoasa e îndeosebi de aderentă — *Lacassagne; b)* o ruptură dela anus la vulvă — *Coutagne;* c) tumefacție supraanală cu ruptura adâncă a anusului, dilatarea extremă a inelului — *Toulmouche).*

Dar identificarea tuturor acestor leziuni poate da loc la erori de interpretare:

a) *Leziunile rectale* pot proveni din introducerea de corpi străini: 1) pătrunderea accidentală a unei cozi de mătură, de furcă; 2) escoriațiuni făcute cu degetul în masturbația solitară sau în cea pasivă; 3) accident în cursul tratamentului: cazuri de perforare rectală cu siringa; 4) plesnirea rectală la defecație, ridicare de greutăți.

b) *Fistulele* de origine canceroasă.

c) *Formațiunile canceroase* nu sunt în nici un caz de atribuit unui traumatism de natură pederastică.

d) *Fisurile* și *hemoroizii* nu se pot atribui exclusiv dilatării anale, atunci când știut este că în tratamentul acestor leziuni se provoacă dinadins o dilatație a anusului.

* * *

Atunci când e vorba de *leziuni ușoare,* ele dispar, fără nicio urmă după 2—3 zile.

2. Infecțiunea venerică se poate manifesta prin: blenoragia ano-rectală: sifilisul; șancărul indurat; șancărul moale.

a) Arsurile anale, defecația dureroasă, urinarea deasă, scurgerea muco-purulentă caracterizează, clinicește, blenoragia ano-rectală. — Foarte rar ea provoacă ulcere și chiar atunci când acestea există, diagnosticul diferențial ne va feri de a le confunda cu ulcerațiile disenterice, tuberculoase și carcinomatoase.

La bărbat, blenoragia ano-rectală trebuie să rețină atențiunea, atunci când e dinainte exclusă existența unei blenoragii genitale, a unui abces genoreic al prostatei, al vesiculelor seminale, scurgerea putându-se prelinge până la anus. *(Storchi* — 1928 citează cazul unui băiat de 7 ani cu o infecție blenoragică rectală indirect comunicată de propria lui mamă: aceasta, care avea o gonoree acută, a șters copilul, după bae, cu cearșaful cu care se ștersese și ea în aceeaș zi).

La femee, e un semn de contaminare, atunci când nu putem identifica o secrețiune gonoreică a glandelor lui Bartholini. — Autoinfecțiunea blenoragică anală se face sau prin prelingerea secrețiunii pe linia perineului, sau prin ștergerea orificiului după defecație.

Identificarea *gonococului* e îngreuiată de faptul că diplococul e copleșit de bacteriile rectului.

b) Manifestațiunile secundare și terțiare ale sifilisului anal nu prezintă un deosebit interes medico-legal, pentru diagnosticul pederastiei pasive. Manifestațiunile primare, din contră, merită să rețină atenția.

c) Peremptorie nu e nici dovada șancrului indurat, pentrucă el poate fi inoculat prin atingerile cu degetul încărcat cu virusul sifilitic sau prin pantalonii infectați (cazul unui croitor examinat de noi).

d) Dimpotrivă, **ulcerația șancroasă a anusului sau a rectului**, atunci când proveniența ei n'ar putea fi atribuită preexistenței infecțiunii la genitalele persoanei examinate, are o reală valoare diagnosticală.

e) E indiscutabil însă că șancrul moale, mai frecvent la femee ca la bărbat, e un semn de oarecare certitudine.

3. Sperma. — Prezența ei în regiunea ano-rectală, pe trupul și pe rufele victimei prezumate, e un semn de certitudine, atunci când e exclusă bănuiala că ar putea fi spermă dela alt bărbat (pusă în acea regiune pentru simularea unui atentat la pudoarea unei fetițe sau a unei femei), sau spermă proprie (când victima e un bărbat). Se examinează batista, cămașa, ismenele, interiorul pantalonilor celui prezumat ca autor al atentatului, spre a se căuta petele lăsate prin ștergerea penisului.

Pentru identificarea spermei in rect *Pittarelli* — 1927 a imaginat următorul procedeu: 1) un tampon de tifon, cu care a frecat rectul, e introdus într'o eprubetă și lăsat să macereze timp de câteva ore într'o soluție de: aceton 20 gr., eter sulfuric 20 gr., cloroform 5 gr., eter de petrol 5 gr.; 2) lichidul prelevat e evaporat la 60°; 3) pe reziduul gălbui se practică reacțiunea lui Florence. Dacă reacțiunea e pozitivă, se caută spermatozoidul: *a)* se pune in eprubetă o soluțiune fiziologică formolizată 5% care are proprietatea de a detașa spermatozoidul depe suport; *b)* după câteva ore se centrifughează lichidul; *c)* sedimentul, pus pe o lamă, e adiționat cu o picătură de eritrosină amoniacală care pune in evidență spermatozoizii existenți.

Identificarea spermatozoidului are o importanță capitală, știindu-se că sunt și alte pete cu aspectul și cu reacțiuni asemănătoare cu acele ale spermei. (*Jaumes* a reușit să identifice spermatozoidul în apa, scoasă după administrarea unei clisme).

3. Alte leziuni

De multe ori, în afară de leziuni ale regiunii ano-rectale, se observă și unele pe organele genitale, pe coapse, abdomen, fese, pulpe.

IV. Călăuza expertului

In toate genurile de atentate rămân semne mai mult sau mai puțin specifice, uneori simple urme, a căror identificare și caracterizare e unica misiune a expertului. Sarcină cu atât mai delicată că, precum am arătat, practica medico-legală are crestate pe răbojul ei nenumărate cazuri de atentate la pudoare simulate sau pur și simplu născocite, fără existența vreunui semn obiectiv. Deaceea, oridecâteori e sesizat, expertul își va pune *în prealabil* întrebarea: **Vârsta victimei prezumate și aceea a autorului atentatului, circumstanțele de loc, poziție și timp erau ele de natură a favoriza atentatul?** Deși nu întotdeauna eliminatorie, chestiunea aceasta are o necontestată valoare de orientare nu numai pentru informațiunea judiciară propriu zisă, ci și pentru omul artei. In orice caz determinarea vârstei — atunci când e vorba de un minor, a cărui etate nu se poate stabili cu acte autentice — are o valoare esențială, deoarece absența unei indicațiuni precise e un motiv de casare a sentinței judecătorești.

I. Art. 265 cerând, ca element constitutiv al delictului de atentat la pudoare, ca victima atentatului să fie mai mică de 14 ani, neconstatarea acestui element, în hotărâre, constitue o lipsă de motivare, care atrage casarea — *Cas. S. II.* 1891.

II. Atentatele la pudoare cu violență, pedepsindu-se ca crimă sau ca delict, după cum pacienta este mai mică sau mai mare de 15 ani, Camera de punere sub acuzațiune trebue să stabilească, prin mijloacele permise de lege, etatea părții vătămate. — *Cas. S. II* 1884.

III. In Anglia, unde vârsta minimă e de 12 ani, *Taylor*, prin expertiza lui, a putut stabili că fata trecuse de 12 ani și astfel, neexistând circumstanța violenței, tribunalul a admis existența consimțământului din partea fetei.

După aceea, va proceda la examinarea laturilor caracteristice ale problemei medico-legale:

1. Atentatul — indiferent de natura lui — e el real ?

a) Atunci când e vorba de o siluire caracterizată, expertul trebuie să se convingă în prealabil de posibilitatea unui raport sexual între persoanele indicate ca victimă și autor al atentatului (diversele forme de impotență masculină și feminină, viciile de conformație în regiunea genitală și anală, pe cari le-am studiat).

b) Chestiunea realității atentatului capătă o însemnătate capitală, atunci când în sarcina persoanei, care se pretinde victima unui atentat la pudoare, se pune o lovire, o rănire sau chiar un omor. Pentrucă în cazul confirmat al agresiunii cu caracter sexual, autorul lovirii, rănirii sau omorului beneficiază de o *atenuare* sau de o *apărare de orice răspundere* (atunci când e bărbat — băiat mai mare de 8 ani sau adult, fată sau femee, indiferent de vârstă și de stare civilă — măritată sau nemăritată, văduvă).

In adevăr, realitatea atentatului la pudoare fiind demonstrată, fetei sau femeii băiatului sau adultului, autor al delictului de lovire — rănire ori al crimei de omor, i se aplică art. 250 c. p. („Omorul, rănirile și loviturile sunt *scuzate*, dacă au fost provocate prin loviri sau violențe mari urmate asupra unei persoane“). Delictul ori crima sunt scuzabile și atunci când băiatul sau adultul le-a comis numai spre a preveni atentatul la pudoare, „respingând *ziua* escaldarea sau efracțiunea îngrădirilor, a zidurilor ori a intrărilor unei case locuite, sau a unui apartament locuit, ori a dependințelor acestora“ (art. 251 c. p.). Iar dacă apărarea aceasta se produce *noaptea*, băiatul sau adultul e *apărat de orice penalitate* (art. 257 c. p.).

Băiatul sau adultul, fata sau femeia mai sunt *apărați de orice penalitate* și pe considerațiunea legitimei apărări („Nu este nici crimă nici delict, când cel ce a săvârșit omuciderea, rănirile și loviturile a fost silit la aceasta prin necesitatea actuală a unei legitime apărări conform art. 58“. — art. 256 c. p.).

Iar in ce privește îndeosebi femeea silnită, apărarea de orice pedeapsă e special edictată printr'o dispozițiune a legii penale (mai intră în cazul de legitimă apărare „dacă omuciderea, rănirile sau lovirile comise de o femee vor fi fost provocate imediat de o siluire exercitată asupra persoanei sale“ — art. 257, al. III c. p.).

Socotim superfluă această dispoziție, de vreme ce atentatelor la pudoare li se pot aplica dispozițiunile generale cuprinse în art. 250, 251 și 256 c. p.

Numai o singură excepție face legea penală: omorârea părintelui atentator nu beneficiază de scuza legitimei apărări („Paricidul nu este nici odată scuzabil“ — art. 252 c. p.).

2. Găsitu-s'a victima într'una din condițiunile de inferioritate fizică ori morală mai sus descrise, în așa fel ca ori rezistența să poată fi frântă, ori să nu fi existat posibilitatea unei împotriviri?

3. Semnele de certitudine ori cel puțin de probabilitate ale atentatului.

4. Consecințele constatate, consecințele eventuale, precum și complicațiunile posibile.

5. Există, dacă nu semne sigure, cel puțin indicii de probabilitate că în adevăr persoana ori persoanele arătate ca atari au comis sau au putut comite atentatul?

6. Autorul sau autorii erau ei perfect sau numai parțial conștienți de caracterul delictuos al actului săvârșit?

⁂

In lumina celor expuse la descrierea diverselor forme ale atentatului la pudoare vom da acum câteva îndrumări sumare pentru facerea expertizei.

A. Desvirginarea

1. **In atentatul unic**: examenul himenului; indiciile eventuale ale unei hemoragii consecutive rupturii himeniale; examenul vulvo-vaginal; examenul celorlalte leziuni existente; contaminarea venerică; sarcina.

a) *Himenul*. — 1. Din capul locului ținem să prevenim pe expert: să nu ia drept ruptură orificiul sau orificiile supranumerare în anumite varietăți ale himenului atipic. In himenul septus, de exemplu, soluția de continuitate a punții poate fi naturală și atunci prezența stalagmitei și a stalactitei, indiferent de mărimea lor, poate fi confundată cu resturi ale unui sept întreg.

2. Multă băgare de seamă trebuie să prezideze la diferențiarea unei crestături traumatice de una congenitală, a unei rupturi recente de una vechie.

3. Când e vorba de examinat un *cadavru*, e de remarcat că, putrefacția fiind declarată, pereții vaginali și perineul se boltesc excesiv și din această cauză nu mai putem avea noțiunea exactă a diametrului inițial al orificiului himenal. — Putându-se aflà în prezența unui caz de necrofilie, sau de sadism, e neapărat necesar să se facă demonstrația că violul e anterior sau posterior morții.

Esențialul: expertul să-și amintească toate împrejurările în cari pot exista *rupturi fără raport sexual*, sau *himen intact cu coit*.

b) *Hemoragia*, am văzut, nu are întotdeauna ca origine o ruptură a membranei virginale (menstruație prematură, plesniri vasculare spontane interesând clitorisul, furculița, vestibulul, vaginul). Pot fi și hemoragii simulate (Vezi: „Examenul petelor", vol. I, pag. 333, cazurile 3, 4 și 5).

c) *Examenul vulvo-vaginal*: identificarea eventualelor leziuni; modificări anatomice.

d) *Examenul extern al regiunii pubiene și examenul somatic* general pentru caracterizarea violențelor eventuale.

e) *Turburările psichico-neurotice, mintale* — consecutive atentatului.

f) *Identificarea spermei.*

g) *Identificarea și caracterizarea infecțiunii venerice.*

h) *Eventualele semne ale sarcinii.*

* * *

Când victima prezumată e o *fetiță*, expertul va avea în vedere toate posibilitățile indicate de noi, în cari aparențele sunt de natură a ne face ca, eronat, să conchidem la siluirea consumată ori numai încercată.

2. In atentatul repetat *(o serie de indivizi abuzează de fecioara imobilizată ori terorizată; acelaș individ ține victima sechestrată un timp mai mult sau mai puțin îndelungat)*: buzele mari au pierdut din fermitatea lor și nu mai ascund vederii nimfele: oarecare destindere a cutelor vaginale; numărul și importanța rupturilor himenale.

* * *

Elementele de diferențiare între efectele unui atentat unic sau numai de puține ori repetat și efectele unor raporturi îndelungate (cu o frecvenţă variabilă) le găsim în notarea, la o fată sau femee în acest al doilea caz. a următoarelor caracteristice *(de o constanţă capricioasă*, însă): 1) vestejirea buzelor mari, mai mult sau mai puţin căscate; 2) desvoltarea nimfelor; 3) desvoltarea preputului clitorisului; 4) dilatarea orificiului himenal; 5) îndesarea nivelului mai scoborit al membranei; 6) lărgirea vaginului; 7) un infundibulum (variabil ca dimensiuni în lărgime şi adâncime), al cărui fund e format de himenul retractat.

B. Siluirea unei fete sau femei cu deflorare vechie

Semnele cari pot reţine atenţia expertului:

1. **La o femee (fată) care n'a născut încă** se pot nota:

a) *Himenul:* rupturi recente. datorite disproporţiei între penisul atentatorului şi intrarea vaginală.

b) *Leziunile vulvo-vaginale* recente.

c) *Prezenţa spermei.*

d) *Contaminarea venerică.*

e) *Leziuni traumatice extragenitale.*

2. **La o femee care a născut.** siluirea se poate confirma numai prin:

a) Prezenţa spermei (când individul e arestat în chiar momentul atentatului).

b) Contaminarea venerică;

c) Identificarea şi caracterizarea leziunilor genitale şi extragenitale.

Cât despre *himen*, examenul lui e de o valoare nulă. pentrucă de regulă membrana e redusă, dacă nu la câţiva caruncului mirtiformi. în orice caz la o făşie circulară foarte îngustă.

C. Atentatul pederastic

In ce priveşte modificările anatomice, prezenţa unor leziuni ano-rectale, infecţiunea venerică, am văzut cât de fragile sunt inducţiunile ce se pot face la pederastul pasiv. Pedeoparte multe din semnele indicate se pot întâlni la persoane constatate ca îndemne de orice pervertire a simţului genezic, iar pe de alta ele pot lipsi la pederaşti inveteraţi.

Cât despre semnele pederastiei active, am văzut cât de puţin preţ se poate pune pe ele.

D. Băiat victimă a unei femei

In atentatul repetat. se observă la copil o stare de oboseală generală şi o desvoltare prematură a penisului. Semne fără valoare concludentă. — In cumpăna judecăţii poate cântări transmisiunea unei infecţiuni venerice.

E. Cunnilingus

Se poate foarte rare ori identifica.

F. Examenul victimei şi al autorului atentatului

1. **Femeea (fata, fetiţa) în atentatul etero-sexual.** In caz de menstruaţie, în momentul examenului, să se spele bine cu apă, pentrucă amânarea până la trecerea periodului — recomandată de unii autori — poate avea neajunsul ca în răstimp leziunile să se vindece.

a) *Poziţia.* — Femeea (fata nubilă) e aşezată în poziţia ginecologică (şezutul pe marginea mesei, patului, divanului, etc.), coapsele ridicate şi desfăcute, iar gambele îndoite pe coapse.

b) *Explorarea organelor genitale* (la lumină bună şi, la nevoie, cu lupa): desfacerea buzelor mari şi a nimfelor cu ambele mâini, trăgând înainte; cu un con de hârtie *(iar nu cu o sondă, o baghetă de sticlă cari, printr'o mişcare a persoanei examinate, pot rupe himenul)*, se explorează marginile himenului, *fără a încerca să introducem degetul în vagin.* Indiferent de anotimpul la care se face examenul, *mâinile expertului trebuie să fie calde, spre a se evita eventuale contracţiuni ale muşchilor respectivi.* — Examinarea membranei se face cu o foarte mare precauţiune, spre a se evita o leziune sau o ruptură. (*Schrevens* — 1922 citează numeroase cazuri de deflorări cu ocazia expertizei, fapt notat şi de noi).

In ce priveşte dimensiunile orificiului himenal, atunci când pe membrană nu găsim leziuni sau urme de rupturi, expertul nu va conchide la desvirginare, numai din simplul fapt al accesului uşor pentru deget sau speculum (himene complezante).

c) *Semnele subiective* (în absenţa semnelor obiective) să nu fie înregistrate decât cu o deosebită circumspecţiune. La o fată nubilă ori la o fecioară mai în vârstă, numai raporturile sexuale prea violente, leziunile vulvo-vaginale pot explica existenţa unor dureri deosebite, cu dificultate la mers, urinat, defecaţiune.

2. **Bărbatul autor al atentatului** va forma şi el obiectul unei cercetări amănunţite:

a) *Examenul hainelor:* căutarea urmelor de luptă (rupturi: o bucată de stofă, un nasture, găsite în mâna victimei — vie ori moartă — imediat după atentat); căutarea petelor de spermă, de sânge.

Numai cu titlu de simplă menţiune relevăm că *Manoilov* şi *Bernatzki* au propus *utilizarea reacţiunii colorate a sângelui pentru determinarea sexului individului căruia aparţine.* Cercetările de laborator făcute de *Kratnskaja-Ignatova* — 1929 au dovedit că această reacţiune n'are nici o valoare diagnosticală.

3. **Examenul somatic.** — Se caută urmele de luptă (sgârieturi cu unghia, zdreliri, răni cu o armă de apărare; muşcături pe orice

parte a corpului, inclusiv genitalele externe; absenţa unei şuviţe de păr, care a fost găsită, imediat după atentat, în mâna victimei (vie ori moartă); prezenţa pe genitale sau în regiunea pubiană a unor peri din aceeaş regiune a victimei.

4. **Contaminarea venerică.** — In regulă generală coexistenţa aceleiaşi afecţiuni venerice la femee şi la autorul prezumat e o indicaţiune de mare probabilitate, indiferent dacă la bărbat infecţiunea e de dată mai recentă ori mai vechie, dacă are un caracter acut sau unul cronic.

I. **Blenoragia.** — *a).* Dacă blenoragia bărbatului e recentă, acută, dovada contaminării e lesne de făcut. — *b).* In blenoragia cronică, examenul reclamă multă atenţiune pentrucă e posibil ca existenţa ei să nu fie observată cliniceşte. De aceea, bărbatul e pus sub observaţie şi i se examinează, bacteriologiceşte, secreţiunea (dacă aceasta se produce în interval), ori urina, spre a se indentifica în ea filamentele mucoase gonoreice, *purtătoare de gonococ.* Examenul bacteriologic trebue repetat, pentrucă nu întotdeauna şi dela prima cercetare se identifică gonococul în celulele purulente ale substanţei mucoasei uretrale.

Mai e de observat, că în blenoragia cronică sau chiar în cea vindecată, *saprofiţi ai uretrei pot provoca o uretrită acută.* Circumspecţiune absolut necesară, spre a nu se lua drept blenoragie: 1) un *catar uretral* provocat prin iritaţiuni mecanice, chimice, termice; 2) un catar uretral consecutiv unor boli constituţionale şi în secreţiunea căruia se pot găsi alţi diplococi decât acela al lui Neisser, stafilococi, streptococi. — Există şi o *uretrită cronică negonoreică,* a cărei incubaţie e de vreo două săptămâni, iar procesul ei evolutiv se manifestă prin dureri uşoare şi secreţiune mică.

Incubaţiunea blenoragică se face de regulă în 4—6 zile, rar până în 15 zile dela data contaminării.

II. **Exantemul sifilitic.** — *a)* Termenul de incubaţie a *şancărului moale* e, în medie, de 6 zile. — *b)* Fenomenele primare ale *şancărului indurat* apar în 2—3 săptămâni dela contaminare.

Dacă a trecut un timp prea mare dela atentat şi a dispărut efectul primar al infecţiunii sifilitice, e foarte greu să mai facem, judecând numai dudupă natura şi aspectul exantemului, vreo inducţiune temeinică în ce priveşte data atentatului.

5. **Data atentatului.** — Verificarea afirmaţiunii victimei, determinarea datei probabile a atentatului — atunci când examenul nu se face imediat după săvârşirea actului — e în funcţiune de modificările anatomice ale genitalelor femeii, de natura şi durata de incubaţiune a infecţiunii venerice, de semnele eventuale ale sarcinii, de aspectul leziunilor şi al rănilor identificate. Cu privire la răni e de observat că, atunci când victima a murit, expertul trebuie să facă diferenţiarea între o *rană vitală* şi una *post mortem.*

Toate aceste indicaţiuni, inclusiv aspectul rupturilor himenale (cicatrizate ori nu) nu îndrituesc pe expert decât la *concluziuni foarte rezervate,* fixând data siluirii cu o aproximaţie de câteva zile sau chiar câteva săptămâni (atunci când examenul nu mai îngădue caracterizarea absolută a tuturor semnelor, mai ales a celor himenale).

* * *

Deoarece am demonstrat posibilitatea unui coit vestibular sau chiar numai perineal, care totuş să aibă ca urmare pătrunderea spermatozoidului, prin orificiul himenal intact, în vagin şi de acolo în uter, expertul va conchide la realitatea atentatului, cu putinţa sarcinii, însă cu absenţa unei leziuni a membranei virginale. — Sarcina e exclusă în caz de himen imperforat.

In definitiv, în toate cazurile, inclusiv acela când există o ruptură himenală, dar nu se poate administra proba în ce priveşte originea acestei rupturi (rupturi fără coit), concluziunea va fi cea recomandată de Tardieu şi amendată de noi: *„Leziunile constatate rezultă neîndoios din intromisiunea unui corp voluminos care ar putea fi penisul în erecţiune sau orice alt obiect dur: deget, corp străin"*.

Coexistenţa infecţiunii venerice şi dovada indiscutabilă a posibilităţii de transmisiune ne permit a fi mai categorici în concluziunea noastră: *„E neîndoios că atentatul a fost săvârşit de X"*.

G. **Responsabilitatea autorului**

Autorul e identificat. Expertul nu-şi va fi încheiat misiunea, dacă nu se va fi rostit şi asupra responsabilităţii penale a autorului („Nu se socoteşte nici crimă nici delict faptul săvârşit în stare de smintire şi în oricare altă stare de pierdere a uzului raţiunii sale, prin cauze independente de voinţa sa" — art. 57 c. p.). — Responsabilitatea civilă există întotdeauna, pentrucă art. 998 c. c. exclude elementul intenţional, principiul despăgubirii având un caracter generic pentru orice prejudiciu cauzat.

Vom avea dar două categorii: atentatori responsabili (ori cu responsabilitatea atenuată, în caz de existenţă a unor uşoare tare ereditare sau dobândite) şi atentatori iresponsabili.

1. **Responsabil** e individul care, în posesiunea neştirbită a puterii de discernământ, comite atentatul. *Depravaţiunea din obicinuinţă* ori *pervertirea sexuală dobândită* nu pot fi invocate ca element de atenuare a răspunderii. — Nici tarele fizice (infirmitatea fizică, viciul de conformaţiune a penisului) nu pot cântări în judecata expertului, cu atât mai puţin bolile venerice, de cari se feresc înseşi prostituatele.

2. Beneficiul **responsabilităţii atenuate** îl vom acorda individului atins de nevroza caracterizată a *spinalo-cerebralilor poste-*

riori, la cari satisfacerea pe loc a instinctului genital apare ca o impulsiune fulgerătoare. In specia aceasta intră *satiriasis*. — De o mare atenuare a responsabilităţii se mai poate bucura invertitul congenital, clasat in categoria *spinalilor-cerebrali anteriori* (cari, întocmai ca in starea normală, sunt sub dependinţa iniţială a unei idei psichice, dar o idee psichică profund alterată).

3. **Iresponsabil** e alienatul caracterizat, spinalul la care atentatul e produsul unui reflex automatic, al centrului genito-spinal al lui *Budge*, fără participarea centrilor sensitivi ai creerului posterior şi a centrilor psichici ai creerului anterior. Prototipul spinalului e idiotul.

CAP. VII

ACTELE VIEŢII CIVILE — INTERDICŢIA

Exerciţiul drepturilor civile, adică facultatea de a dispune de persoana şi bunurile sale (valabilitatea oricărui act sau angajament) nu e recunoscută decât individului *capabil* în înţelesul codului civil. Minorul neemancipat, individul pus sub consiliu judiciar şi interzisul (1. interdicţia legală — efectul unei condamnări la recluziune sau munca silnică; 2. interdicţia judiciară care are de cauză slăbirea totală sau parţială a facultăţilor intelectuale) sunt persoane incapabile.

I. Interdicţia

1. Cazurile de interdicţie judiciară

Interdicţia se pronunţă în contra individului dovedit atins de o slăbire sau absenţă a facultăţilor mintale: „*Majorele* care este in o stare obicinuită de imbecilitate, de sminteală sau de nebunie cu furie, trebuie a fi interzis, *chiar şi când are intervale lucide*" (art. 433 c. c.). Am subliniat cuvântul „majorele", pentru a arăta că nu era nevoie să se adauge şi cuvântul „*minorul*", pentrucă acesta, câtă vreme e neemancipat, e o persoană incapabilă (articolele 342—420 c. c.), iar emancipat (art. 421—435) încă nu se bucură de facultatea de a dispune, fără controlul unui curator (art. 425 c. c.); atunci când se găseşte necesar, poate fi pus sub interdicţie ca unul care e asimilat cu un major. Interdicţia minorului e totuşi formal prescrisă de lege, numai atunci când, în absenţa ascendenţilor, dreptul de a se opune la căsătoria nevârstnicului, pe motiv de smintire, e exercitat de fratele sau sora, unchiul sau mătuşa, vărul sau vara primară — toţi majori. In cazul acesta i se impune oponentului în prealabil „de a cere interdicţiunea şi de a dobândi, în privirea ei hotărîre formală în termenul ce i se va da de tribunal", altfel opoziţiunea poate fi respinsă de tribunal fără nici o instrucţiune sau formalitate *(art. 155 c. c.)*.

Alexandresco, însă, ar vrea o precizare în codul civil că minorul, in orice împrejurare, poate fi pus sub interdicţie şi aceasta pe consideraţiunea că, la vârsta de 16 ani — deci neemancipat — are capacitatea de a dispune într'o anumită măsură, pe cale testamentară („Minorele de 16 ani poate dispune prin testament şi numai pentru jumătate din bunurile de cari după lege poate dispune majorele" — art. 807 c. c.).

Necesitatea interdicţiei în genere reiese din întreaga economie a codului civil, care consideră valide actele făcute de un desechilibrat, neinterzis, *într'un interval lucid*, deoarece se presupune că în această perioadă există completa conştiinţă de dispoziţiunile luate sau de angajamentele făcute. Şi cu toate acestea sunt stări — cari fără a putea fi caracterizate „imbecilitate, sminteală sau nebunie cu furie", cum cere art. 435 c. c. — răpesc totuş individului uzul raţiunii integrale. O atare stare ar fi *delirul febril* — produs temporar al unei boli generale.

Prin derogare dela principiul general al iresponsabilităţii interzisului în ce priveşte toate actele vieţii civile (cari sunt declarate nule şi neavenite), prin aplicarea art. 1162 c. c., cel pus sub interdicţiunea judiciară e totuş socotit „civilmente răspunzător de delictele sau quasidelictele *comise într'un interval lucid*" (Curtea de Apel din Iaşi). Expertiza medicală va stabili posibilitatea existenţei intervalului lucid în momentul săvârşirii delictului ori quasidelictului.

⁂

Cererea de interdicţie (care poate fi introdusă de orice rudă sau de soţ — art. 436 c. c., sau de ministerul public — art. 437 c. c.), am văzut, e bazată pe „o stare obicinuită de imbecilitate, de sminteală sau de nebunie". Diferenţiarea între imbecilitate, idioţie şi alienaţie mintală am făcut-o, vorbind despre responsabilitatea minorului (Vol. II, pag. 139). In noţiunea „imbecilitate" din art. 435 c. c. e cuprinsă, bine înţeles, şi aceea de idioţie, pentrucă aceasta din urmă e o formă agravată a celei dintâi. „Sminteala", astfel cum a conceput-o legiuitorul, e alienaţia mintală fără accese de furie, în deosebire de „nebunia cu furie" care este starea de demenţă cea mai periculoasă, individul atins de ea constituind o primejdie nu numai pentru alţii, dar şi pentru propria-i persoană.

Revenind la „sminteală", trebue să arătam că nu concepem termenul decât ca o indicaţiune, deoarece tot smintire, adică desechilibru mintal, sunt diversele forme ale psicho-nevrozelor cari iau individului puterea discernământului şi, după cum foarte judicios o caracterizează Alexandresco „nu este în stare de a se cârmui singur şi a-şi administra averea din cauza desorganizării facultăţilor mintale" *(quia rebus suis superesse non potest)*.

Deşi „*beţia* în esces şi obicinuită, care este mama tuturor viţiilor, nu constitue în sine şi fără alte împrejurări cauze suficiente pentru a provoca interdicţia" *(Alexandresco)*, totuş „o slăbiciune obicinuită a minţii (şi alcolismul cronic e o cauză verificată — N. A.) ar putea da loc la o interdicţie, deşi persoana atinsă de această infirmitate n'ar fi pierdut cu totul uzul raţiunii dacă asemenea slăbiciune ar împiedeca pe individ de a-şi cârmui averea şi persoana sa" *(Casaţia franceză)*. Codul civil german (art. 6) prevede şi beţia ca un motiv de interdicţie.

Art. 435 precizând că numai „*starea obicinuită*" a infirmităţii intelectuale şi mintale justifică interdicţia, urmează că expertul, înainte de a conchide, îşi va întemeia demonstraţia ştiinţifică nu pe acte sporadice, ci pe o înlănţuire de fapte de natură a caracteriza permanenţa afecţiunii („Oarecari fapte izolate şi trecătoare n'ar fi suficiente pentru a motiva interdicţia, chiar dacă ele ar denota o desorganizare a facultăţilor intelectuale". *Trib. Ilfov, C. A. Bucureşti,* 1894. 1902). Vom observa că art. 435. punând condiţia formei de „permanentizare" a desechilibrului mintal. comite o eroare, iar interpretarea ce se dă expresiunii de „stare obicinuită" poate da loc la refuzul interdicţiei, cu toate că interesul individului, al familiei şi al societăţii o reclamă neapărat. Dar întreaga economie a art. 435 e anihilată prin precizarea finală „*chiar şi când are intervale lucide*". Or, restricţiunea aceasta nu se poate aplica exclusiv „nebuniei cu furie", ci tuturor formelor „de desorganizare a facultăţilor intelectuale". Şi cu foarte multă dreptate constată şi *Alexandresco,* că „interdicţia e mai necesară când smintirea este intermitentă. decât atunci când este permanentă". Pentrucă, vom adăuga noi atunci când este permanetă, interdicţia se impune în mod automatic: când e intermitentă, individul e expus de a cădea pradă acelora cari îi pândesc starea de desechilibru spre a abuza de absenţa liberului-arbitru. ademenindu-l la obligaţiuni pe cari, fiind interzis, nu ar avea putinţa să le asume, legea nerecunoscându-le validitatea.

Să notăm. însfârşit, că, prin aplicarea *art.* 58 al legii asupra alienaţilor. rudele unui desechilibrat pot cere, pe baza actului de internare. punerea sub interdicţie a celui internat.

2. Expertiza medico-legală

Sesizat de o cerere de interdicţie, Tribunalul e obligat prin lege să ordone o expertiză medicală („După ce va primi părerea consiliului de familie şi *opiniunea medicilor competenţi,* tribunalul..." — art. 442 c. c. — „Prezidentul va comunica petiţia şi toate actele procurorului, care va face cercetările ce va aprecia, cerând şi părerea consiliului de familie şi *părerea medicilor competenţi*" — art. 644 c. pr. c.).

Expertiza. conform art. 213 c. pr. c., se face de un singur medic sau de o comisiune de trei medici. putând fi recuzaţi (vezi „Mecanismul funcţionării experţilor — Recuzarea", vol. I. pag. 325—326). Şi în materie de interdicţie. ca de altfel în orice expertiză. „judecătorii chemaţi a se pronunţa nu sunt legaţi de rezultatul cercetării medicale" *(C. A. Iaşi,* 1895). Aceasta în principiu. pentrucă de regulă demonstraţia şi concluziunile medicului-expert formează însăş baza hotărîrii judecătoreşti („Mijloacele de probaţiune sunt: ... actul medico-legal". — Trib. Iaşi. 1887).

Punctul de plecare al investigaţiunilor medicale îl formează faptele indicate în petiţia de punere sub interdicţie (art. 643 c. pr. c.).

„Cererea de interdicţie trebue să arate în scris faptele de imbecilitate, de smintire sau de nebunie cu furie; aceasta se cere pentru a se putea pune persoana a cărei interdicţie se cere. în măsură de a se apăra cât şi pe justiţie în poziţie de a aprecia seriozitatea cererii". — *Cas. S. I.* 28 Septembrie 1895.

Cererea de interdicţie poate avea un caracter preventiv sau unul corectiv. adică sau să se urmărească preîntâmpinarea unui act în stare de proect, sau anularea unui act săvârşit (căsătorie. donaţiune între vii, testament, un act de vindere-cumpărare, o tranzacţie, un angajament de orice natură — material sau chiar numai moral — cum ar fi o promisiune în scris, o convenţiune pentru o întreprindere comercială, industrială, etc.).

Sarcina expertului e de a demonstra, dacă persoana a cărei interdicţie sau punere sub consiliu judiciar se reclamă, sau mortul al cărui act cată a fi declarat nul şi neavenit, se găsia, în momentul contractării angajamentului, în starea de inferioritate condiţionată de lege. Şi această inferioritate se deduce atât din natura bolii (pentrucă sunt afecţiuni cari nu răpesc complect individului exerciţiul facultăţii discernământului) cât şi din natura actului atacat (sunt stări mintale compatibile cu discernământul pentru anumite acte şi incompatibile pentru altele).

Există deci, în ochii expertului, un raport direct de netăgăduit între starea mintală şi actul determinat care motivează cererea de declarare a incapacităţii: 1) cu toată slăbirea manifestă a facultăţilor mintale, un individ rămâne capabil într'o îndeletnicire în care cu anii, pe temeiul rutinei, a dobândit o pricepere care poate fi chiar remarcabilă; acelaş individ, captat, se lansează într'o întreprindere aleatorie, care nu se poate solda decât cu o ruină sigură; 2) un bătrân, cu mintea debilitată, e încă în stare să-şi administreze averea, dar incapabil de a rezista artificiilor întrebuinţate de o femee rafinată, în scopul de a-l prinde în mrejele unei dragosti senile; 3) un bătrân, un muribund mai posedă el luciditatea de spirit necesară spre a putea face acte de donaţii între vii, testa sau contracta o căsătorie *in extremis?* Şi aşa mai departe.

Aşa dar, expertul trebuie, după împrejurare, să stabilească dacă persoana care s'a obligat, a uzat de dreptul de a dispune de persoana şi averea sa, era, în momentul contractării, în plenitudinea facultăţilor sale mintale; dacă exista deacum o lacună înainte de săvârşirea actului sau dacă lacuna, constatată în urmă, se explică printr'un proces de desechilibru anterior.

II. Consiliul judiciar

O formă a interdicţiei judiciare e punerea sub consiliu judiciar (art. 445, 458—460 c. c.) a unei persoane care, fără a fi „în o stare obicinuită de imbecilitate, de sminteală sau de nebunie cu furie" (cum cere art. 435 c. c., pentru pronunţarea interdicţiei), dă totuş dovadă de debilitate mintală, care explică actele ei nesocotite:

1. „Tribunalul sau Curtea rândueşte consiliul judiciar persoanelor *slabe de minte*, a căror slăbiciune nu este însă atât de gravă spre a putea da loc la interdicţie. Slăbiciunea voinţei şi pornirea ce o persoană ar avea pentru unele acte extravagante, care ar dovedi o desechilibrare a facultăţilor intelectuale, intră în împrejurările cari pot motiva consiliul judiciar" *(Curtea de Apel din Bruxelles)*.

2. „*Bețra*, atunci când alterează întrucâtva facultățile intelectuale ale omului, e o cauză de consiliu judiciar". *(Curtea de Apel din Rouen).*

3. „*Surdo-mutul*, ce nu știe să scrie, nu poate accepta o donațiune decât cu asistarea unui curatore special, numit de autoritatea judiciară, după regulile stabilite pentru minori" (art. 816 c. c.). Iar *Alexandresco*, dând o mai largă interpretare acestei dispozițiuni, socoate că „surdo-mutul poate oricând fi pus sub consiliu judiciar, atunci când lipsa de instrucție ar face ca inteligența lui să rămână inertă și nedesvoltată".

4. *Epilepsia* sau *bătrânețile* înaintate ar putea da loc la consiliu judiciar, numai atunci când aceste infirmități ar slăbi facultățile intelectuale ale individului. *(D. Alexandresco).*

Intocmai ca pentru punerea sub interdicție, atunci când e să se institue consiliul judiciar, examenul medical e esențial:

„Conform art. 644 pr. civ., pentru a se intenta acțiune de punere sub consiliu judiciar pentru motiv de risipă, se cere, pe lângă constituirea unui consiliu de familie, care să-și dea avizul, și *avizul medicilor*.

„Prin urmare, in speță neexistând decât avizul consiliului de familie, prin care se autoriză ca să se ceară punerea sub consiliu judiciar, *fără avizul respectiv al medicilor, această autorizare n'are valoare legală și ca atare nici acțiunea, care este lipsită de o bază legală* C. A. S. *III București*, 13 Februarie 1922).

III. Auto-interdicția

Pe cale de interpretare s'a creat și o *quasi-interdicție* sau mai bine zis o *auto-interdicție:*

„Persoana atinsă de smintire, imbecilitate sau nebunie furioasă, poate ea însăș cere anularea actului, cu toate că interdicția n'a fost pronunțată, nici măcar cerută. Trebue să facă dovada că în momentul când a contractat, n'avea uzul rațiunii". *(Trib. Tecuci*, 1913).

Această dovadă se face tot prin expertiză medicală.

Deasemenea e necesară o expertiză medicală pentru ridicarea interdicției, numai după care toate actele civile făcute de fostul interzis capătă validitatea legală.

IV. Internarea

Interzis sau nu, individul, care dă semne manifeste de turburare mintală, poate fi internat, fie din inițiativă privată, fie din aceea a autorităților administrative sau judecătorești.

Internarea poate avea de obiect: 1) îngrijirea unei persoane atinse de o boală mintală sau de o gravă boală nervoasă de natură a altera discernământul; 2) punerea unei persoane în imposibilitate de a deveni dăunătoare intereselor proprii sau ale altora, ori un pericol pentru sănătatea și viața proprie sau ale altora; 3) observația unui delincvent, la începutul sau în cursul instrucției, atunci când există indicii că prevenitul nu se bucură de integritatea facultăților sale mintale: 4) punerea sub observație, in cursul judecății, când se manifestă simptome de alterare a discernământului acuzatului: 5) punerea sub observație, după pronunțarea sentinței, in aceleași condițiuni: 6) punerea sub observație a persoanei a cărei interdicție judiciară se cere.

Interpretarea semnelor de alterare a discernământului fiind foarte elastică pentru un profan, o legiuire specială („Legea asupra alienaților" din 1894 și „Regulamentul legii asupra alienaților" din 1896) fixează normele după cari o persoană poate fi pusă sub observație, pentru confirmarea sau infirmarea semnelor de alienație mintală. Confirmarea are de efect menținerea persoanei in ospiciu sau într'o casă de sănătate particulară; infirmarea atrage imediata punere in libertate. Vom avea deci: o internare provizorie (durata observației) și o internare definitivă (de o durată variabilă). — Atunci când nu e vorba de nebunie cu accese de furie, observația se poate face și la domiciliul persoanei suspecte, cu prealabila încuviințare a parchetului.

Dar, indiferent de locul izolării, legea crează garanții contra unor eventuale abuzuri (având ca mobil interesul material ori moral, răzbunarea, un act de autoritate nejustificat), când privațiunea de libertate ia caracterul unei sechestrări ilegale (art. 272 — 274 c. p.). Aceste garanții sunt cuprinse în următoarele dispozițiuni ale legii asupra alienaților și ale regulamentului respectiv:

1. Izolarea la domiciliu

„Nici un individ nu poate fi izolat și căutat in domiciliul său propriu sau in acela al vreuneia din rudele sale, *dacă starea sa de alienație mintală nu a fost prealabil constatată prin doi doctori în medicină.* — Certificatul acestora, împreună cu o declarație scrisă, se va adresa, de persoana in domiciliul căreia se află bolnavul, către procurorul tribunalului din județul respectiv". In caz când s'ar dovedi că bolnavul nu este deajuns îngrijit, sau este maltratat sau părăsit, procurorul are dreptul să ordone transferarea alienatului într'un ospiciu de alienație sau într'o casă de sănătate, și deciziunea aceasta se va lua în fața tutorelui sau a persoanei chemate a îngrijit de alienat *(art. 5 al legii* și *art. 9* al regulamentului).

Dacă parchetul local primește un denunț arătând că într'o familie există un alienat izolat, procurorul merge la fața locului și cercetează dacă starea mintală a acelei persoane a fost in prealabil constatată de doi medici și dacă legiuitul certificat medical a fost comunicat oficial sau confidențial ministerului public.

Dacă magistratul constată că bolnavul nu are îngrijire medicală, că este maltratat sau părăsit, ordonă transferarea alienatului într'un azil sau într'o casă de sănătate *(art. 66* al regul.).

2. Internarea cerută de familie

„Nici o persoană atinsă de alienație mintală nu va putea fi primită în vreun ospiciu public sau în vreo casă de sănătate, decât in puterea următoarelor acte:

„*a)* O cerere în care să se arate profesiunea, etatea și domiciliul atât al persoanei care subscrie cererea, cât și al aceleia care cată să fie așezată, precum și gradul de rudenie între aceste două persoane. — *Această cerere va fi mai înainte vizată de primarul comunei sau de poliția urbei unde ea domiciliază. Dacă petiționarul este tutore al persoanei alienate, el cată să prezinte o copie a actului de interdicțiune și a deciziunii consiliului de familie.*

„*b) Un certificat medical vizat de procurorul tribunalului* unde domiciliază alienatul sau al aceluia unde se află ospiciul, și *subscris de doi medici.*

„In acest act se va descrie, pe cât se poate, simptomele mintale și corporale ale boalei, cauzele ei, timpul de când durează, mersul ce l'a avut și motivele din cari rezultă necesitatea ca persoana să fie izolată într'un ospiciu de alienați. *Acest certificat nu poate avea o dată mai vechie ca 30 zile.*

„Medicii semnatari ai certificatului medical cată *să nu fie nici rude cu persoana izolată, nici cu aceea care cere izolarea ei, nici medici ai ospiciului unde se va așeza bolnavul.*

„*In caz de urgență*, un simplu certificat este de ajuns *însă el se va complecta, în primele 3 zile după așezare, prin un alt act în regulă.* De această excepțiune nu va putea uza decât autoritatea publică.

„*c)* Orice act prin care se constată identitatea persoanei așezate. Dacă în momentul așezării petiționarul nu posedă aceste acte, *el cată să le complecteze în prima săptămână*, după ce persoana a fost așezată" *(art. 8* al legii și *art. 12* al regulamentului).

„Medicul este obligat a trimite, *în primele 3 zile după așezarea persoanei*, copie a petiției și a actului medical, procurorului tribunalului județului unde se află ospiciul și procurorului și prefectului județului unde domiciliază persoana așezată *(art. 9* al legii și *art. 13* al regul.).

„In fiecare ospiciu sau casă de sănătate există un registru special cu semnătura directorului general al serviciului sanitar și a procurorului tribunalului respectiv. In acest registru medicul va înscrie:

„*a)* Toate actele arătate în art. 8.

„*b)* Observațiunile ce el și ajutorii săi au făcut asupra persoanei așezate. *Aceste observațiuni se fac în fiecare săptămână în cursul primei luni și la o lună odată în tot cursul șederii ulterioare a alienatului în ospiciu.*

„*c)* Data ieșirii persoanei din ospiciu sau data morții și cauzele ei.

„Acest registru se poate examina numai de persoanele cari au dreptul a supraveghia ospiciul". *(art. 10* al legii și *art. 14* al. regul.).

3. Internarea provizorie ordonată de autorități

In orașele capitale de județ, *șeful de poliție poate ordona așezarea provizorie*, într'un locul destinat pentru aceasta, *a oricărei persoane interzise sau nu, care, prin starea sa de alienație mintală constatată prin un proces-verbal, compromite ordinea publică sau este periculoasă ei însăși"* *(art. 14* al legii). „In asemenea cazuri el va raporta procurorului tribunalului județului" *(art. 15* al regulamentului).

„In orașele mici și în comunele rurale primarii pot lua măsurile cuvenite în contra unui alienat periculos, *cu condițiunea ca, în 24 ore, să se facă cunoscut prefectului de județ*, care va ordona imediat să fie transferat la reședința județului", *(art. 16* al legii). — „In asemenea cazuri el va raporta procurorului tribunalului județului" *(art. 20* al regul).

„Șeful de poliție, care a ordonat internarea provizorie a cuiva, sau prefectul de județ care a ordonat transferarea unui alienat într'unul din localurile separate. *va înainta imediat procurorului procesele-verbale, certificatele şi actele medicale asupra stării mintale a persoanei izolate"* (*art. 17 al legii* şi *art.* 21 al regul.).

„Prefectul. care a ordonat aşezarea unui alienat într'un ospiciu. va notifica imediat aceasta familiei sau tutorelui său. dacă alienatul este din altă localitate. primarului comunei. ca acesta, la rândul său. să înştiinţeze familia" (*art 19* al legii şi *art. 23* al regul.).

4. Locul de izolare şi examenul medical

„In fiecare capitală de judeţ există o secţiune separată. fie într'o casă de sănătate fie într'un spital general. destinată a primi provizoriu asemenea alienaţi" (*art. 15* al legii şi *art. 19* al regul.).

„*O comisiune medicală de cel puţin doi medici* se va ordona de procuror spre a examina persoana izolată provizoriu şi a raporta conform art. 9. — *Raportul. vizat de procuror, se va înainta prefectului, care va aviza la aşezarea bolnavului într'un ospiciu de alienaţi.* El va înainta direcţiunii sau administraţiunii ospiciului procesele-verbale certificatele şi actele medicale *şi autorizaţiunea procurorului de aşezarea bolnavului"* (art. 18 al. legii şi *art. 22 al. regul.*).

5. Internarea preveniţilor şi a condamnaţilor

„Preveniţii şi condamnaţii la închisoare de orice natură, *cari după o expertiză medicală* s'ar constata că sunt atinşi de alienaţie mintală sau de epilepsie, vor fi aşezaţi pe baza ordinului procurorului, într'un ospiciu de alienaţi. până la vindecarea lor sau până la expirarea pedepsei".

„O secţiune specială şi separată de celelalte secţiuni se va crea in două din cele mai mari ospicii din ţară. destinată la izolarea alienaţilor criminali" (*art. 29* al legii şi *art. 33* al regulamentului)

Expertiza medico-legală in ce priveşte pe inculpaţii presupuşi alienaţi se poate face în depoul provizoriu, dependinte de prefecturile de poliţie unde există asemenea secţiuni. iar unde nu există un atare loc de plasare provizorie „într'un local separat de spitalul public. fie chiar în ospiciul de alienaţi. după ce se vor lua toate măsurile severe de supraveghere pentru izolarea lor" (*art.* 30 al legii şi *art. 34* al regul.).

„Când se cere ieşirea din azil a alienatului criminal. aşezat conform art. 29. *medicul cată să declare dacă el este vindecat şi dacă recidiva este posibilă.* După avizul medicului. pocurorul poate ordona ieşirea bolnavului. Ieşirea este condiţionată şi revocabilă. *După primele semne de recidivă, reinternarea alienatului in ospiciu se va face imediat"* (*art. 31* al legii şi *art* 35 regul.).

6. Congediul

„Medicul primar al ospiciului poate acorda. când va crede de cuviinţă. sub titlu de încercare. alienatului un congediu de 15 zile. Dacă congediul întrece acest timp. el va fi dator a înştiinţa administraţiunea superioară de unde depinde ospiciul şi pe şeful de poliţie sau prefectul de judeţ" (*art. 40* al legii).

7. Liberarea

„Nici o persoană aşezată în ospiciu după formalităţile prescrise *nu poate fi reţinută.* dacă medicul ospiciului declară că este vindecată.

„Medicul va înştiinţa despre aceasta pe familia individului sau pe tutorele lui. pe primarul comunei. pe procurorul tribunalului judeţului de unde a venit bolnavul şi pe procurorul tribunalului unde se află ospiciul" *(art. 11* al legii şi *art. 15* al regul.).

„Familia, tutorele sau curatorul pot cere liberarea internatului, *chiar dacă nu este vindecat,* cu condiţiunea ca medicul să consimtă la aceasta.

„*Dacă, însă, medicul declară că punerea în libertate a acelei persoane este periculoasă ei însăş şi familiei sale sau vătămătoare securităţii şi ordinei publice,* sau recunoaşte că petiţionarul nu poate procura alimente şi un tratament cuviincios, *va amâna permisiunea de ieşire până va aviza pe procurorul localităţii, sau pe şeful poliţiei al urbei sau pe prefectul judeţului unde domiciliază alienatul.* Dacă procurorul sau prefectul nu vor răspunde, *în termen de 15 zile,* că acea persoană trebue să fie deţinută în ospiciu, *buletinul de ieşire se va semna imediat*" (art. 12 al legii şi *art. 16* al regul.).

„*In primele două zile după ieşirea bolnavului din ospiciu,* medicul înştiinţează despre aceasta pe autorităţile cărora li se notificase aşezarea lui, conform art. 9, arătând şi motivele pentru cari persoana a fost concediată" *(art. 13* al legii şi *art. 17* al regul.).

Aceste dispoziţiuni se aplică şi persoanelor a căror internare provizorie a fost ordonată de autorităţile publice.

„Medicul director al unui stabiliment de alienaţi, public sau privat, va fi admonestat sau suspendat provizoriu din funcţiunea sa, *dacă va reţine în stabiliment o persoană vindecată,* sau *dacă va refuza de a libera o persoană aşezată,* când prefectul sau procurorul o ordonă, sau când vreuna din persoanele arătate în art. 14 o va cere" *(art. 42 al legii).*

8 Evadarea

Alienatul care a evadat dintr'un ospiciu public poate fi readus fără altă formalitate *în primele 20 zile* după evaziune. Dacă a trecut mai mult, formalităţile prescrise de art. 8—20 ale legii trebuesc îndeplinite din nou.

9. Inspecţiunile judiciare şi administrative

Procurorul general şi procurorul tribunalului, însoţiţi sau nu de un medic competent, cel dintâiu la 3 luni, cel de al doilea la o lună, cercetează dacă în spitale, ospicii, case de sănătate, se află persoane pe nedrept internate şi dacă bolnavii însănătoşiţi mai sunt reţinuţi.

Mânăstirile de monachi şi de monache, în cari se internează alienaţi, pot fi deasemenea inspectate o dată pe an de procurorul general al Curţii de Apel al circumscripţiei respective de prefectul judeţului şi, în cazuri urgente, de procurorul tribunalului respectiv.

Prefectul judeţului şi primarul oraşului inspectează de două ori pe an azilele din circumspriţia lor, iar directorul general al serviciului sanitar şi inspectorii sanitari fac această inspecţiune de câte ori ministerul Sănătăţii o ordonă.

10. Maltratarea şi atentatul la pudoarea alienaţilor

„Orice persoană impiegată într'un stabiliment public sau privat şi orice supraveghetor sau infirmier sau ataşat pe lângă un alienat, care a devenit culpabil cu ştiinţă de loviri şi răniri comise asupra unui alienat, va fi pedepsit conform art. 238 şi următorii din codul penal" *(art. 44* al legii).

„Orice persoană culpabilă de un atentat la pudoare, comis cu sau fără violenţă asupra unui alienat de sex bărbătesc sau femeesc, se va pedepsi cu recluziune" *(art. 45* al legii).

V. Ridicarea interdicţiei şi a consiliului judiciar

La cererea celui interesat sau a familiei ori din iniţiativa ministerului public interdicţia sau simplul consiliu judiciar putând fi ridicate, tribunalul va apela la luminile medicului expert, spre a şti dacă defectul mintal care a motivat măsura de prezervare a dispărut şi dacă nu există perspectivă de recidivă.

Misiune extrem de dificilă, pentrucă sunt turburări mintale cu caracter periodic in cari intervalele de luciditate pot fi de o intensitate şi de o durată cari să simuleze aparenţa vindecării complecte, după cum expertul se poate găsi în faţa unui bolnav care, în timpul examenului, să disimuleze reminiscenţele afecţiunii. De aci necesitatea unei observaţiuni îndelungate, cu o prealabilă edificare (studiul dosarului) asupra cauzelor şi împrejurărilor cari au motivat interdicţiunea ori punerea sub consiliul judiciar.

VI. Actele nule de drept

1. **Donaţiunile între vii**

a) Incapabilul şi interzisul *nu pot dispune* de averea lor, prin acte de donaţiune între vii.

b) Deasemenea, ei nu pot confirma nici formal nici tacit *art. 1167 şi 1190 c. c.) o donaţiune făcută anterior punerii sub interdicţie* („De câte ori e vorba de un viciu de consimţimânt, confirmarea nu poate avea loc decât după încetarea lui" — *Cas. 1891).* „Executarea, pentru a constitui o confirmare tacită, trebue să fie voluntară: consimţământul aceluia care confirmă trebue să fie lipsit de orice viciu". Dacă însă confirmarea vine după ridicarea interdicţiei, donaţiunea e perfect validă. *(Cas. franceză).*

c) Cu interzisul poate fi asemuită o persoană care, cu puţin înainte sau imediat după facerea actului de donaţiune, a încercat să se sinucidă sau s'a sinucis. Ca să existe însă prezumţia legală a absenţei uzului raţiunii în momentul dispoziţiunii luate, e neapărat necesar ca o expertiză medicală să demonstreze că sinucigaşul nu s'a bucurat de integritatea minţii sale. In caz când dispunătorul a murit, concluzia se trage din anchetă (informaţiuni culese, studiul scrisorilor, memoriilor, însemnărilor, etc.). Pentrucă dispoziţiunile luate de un sinucigaş sunt prezumate ca efect al unor manopere doloase (terorizare sau captaţiune), in înţelesul art. 960 c. civ. („Captaţiunea anulează donaţiunea". — C. A. S. III, Bucureşti, 1884). — „Manoperele doloase cari constitue o captaţiune pot fi dovedite" — C. A. Galaţi, 1900).

d) Prin aplicarea *art. 1900*, legea permite asemuirea cu un quasi-interzis a *oricărui dispunător care, înainte sau în momentul* *dispoziţiei, a dat semne de desechilibru mintal.* — Proba de notorietate a demenţei nefiind admisă în legislaţiunea noastră, moştenitorii unei atari persoane pot, in termen de 10 ani dela moartea donatorului, să ceară o expertiză medicală care, pe baza anamnezei, să facă dovada incapacităţii de a dispune a decedatului.

e) Prin aplicarea *art. 812 c. c.*, interzisul e declarat *incapabil de a primi direct donaţiuni*, ci numai prin mijlocirea tutorelui său *(art. 815 c. c.)* Nule, ca deghizat făcute direct interzisului, se consideră dispoziţiunile făcute in favoarea tatălui, mamei, descendenţilor şi soţului interzisului.

f) *Surdo-mutul, care nu ştie să scrie*, e asimilat cu interzisul şi nu poate face act de acceptare a unei donaţiuni, decât numai cu asistenţa curatelei *ad-hoc* numite.

g) *Copilul numai conceput* in momentul donaţiunii *e capabil de a primi (art. 808 c. c.).*

2. Testamentul

a) **Incapabilul şi interzisul** *nu pot dispune de averea lor prin testament*, care (art. 802 c. c.) e un act revocabil. Oricare ar fi forma dispoziţiei testamentare — olografă, autentică sau mistică — „testamentul e nul, dacă nu e expresia liberei voinţe" *(Cas. S. I. 1873).*

b) **Omul beat** *nu poate dispune de averea sa prin donaţiune sau testament*. Medicul va constata starea de ebrietate care, trecător, răpeşte testatorului uzul raţiunii.

c) **Individul cu desăvârşire surd sau atins de o surditate destul de mare pentru a nu putea auzi cetirea ce i se face,** *nu este capabil de a face un testament autentic.* Nu se poate însă contesta validitatea, dacă înaintea instanţei de fond partea n'a pretins că surditatea era complectă *(Cas.,* 1886).

d) Nici mutul *nu poate testa în forma autentică:* „Testamentul e nul pentru lipsă de consimţământ, când testatorul era în imposibilitate de a vorbi în momentul autentificării şi când se constată că, *în urma unor profunde turburări intelectuale*, nu putea să exprime prin semne nedubioase afirmaţiunea că testamentul este al său, *cu libera sa voinţă". (Trib. Buzău, 1898).* — Mutul nu poate testa decât numai în forma olografă sau mistică, dacă ştie să scrie şi să citească *(art. 1171 c. c.).*

e) In campanie sau manevre, **testatorul militar**, dacă e bolnav sau rănit, va face testamentul in faţa medicului unităţii

f) **Copilul născut viu**, indiferent cât a trăit — ajunge numai să se facă dovada medico-legală că a avut o existenţă extra-uterină — e, printr'o ficţiune a dreptului civil, învestit cu puterea de a testa, atribuindu-se moştenitorilor lui legali averea ce-i fusese donată sau testată încă din momentul concepţiunii.

⁂

Atât pentru testamentul olograf cât şi pentru cel autentic, judecătorul delegat a se duce la locuinţa testatorului *trebuie să constate, în procesul verbal, cazul de boală a dispunătorului.* Dar natura boalei trebue determinată de un medic, pentrucă *„judecătorul nu are competinţa de a constata starea mintală în care se află acea persoană" (C. A. Iaşi,* 9 Iunie 1920).

Constatarea aceasta, după împrejurări, expertul poate să fie chemat s'o facă înainte sau după moartea testatorului, spre a se stabili:

1. *Dacă, în momentul exprimării ultimei voinţe, bolnavul are sau a avut conştiinţa deplină a actului însuş şi a importanţei lui.* — Imbecilitatea, demenţa senilă, paralizia progresivă crează stări mintale lesne susceptibile de o influenţă streină. Bolile grave anihilează şi ele, în mai mare sau mai mică măsură, libera expresiune a voinţei conştiente. In unele boli acute (acele cu caracter febril în cari se instalează temporar delirul, apoplexia, embolia, tumorile cerebrale) caşi în unele boli cronice (tuberculoza, afecţiunile cardiace, nefritele, cachexiile, *delirium tremens* al alcoolicilor) se notează iluziuni sensoriale, halucinaţiuni. — Chemat să se pronunţe asupra *stării mintale în care s'a aflat sinucigaşul* în momentul când a dispus pe cale testamentară, expertul va utiliza toate informaţiunile anamnezice — nu numai cele somatice, psihice şi mintale, ci şi cele privitoare la îndeletnicirea individului, precum şi la împrejurările în cari şi-a pus capăt vieţii (raportul între situaţia momentului şi actul ireparabil). Deasemenea va examina scrisorile, însemnările.

Atât în caz de moarte naturală ori violentă, cât şi în caz de sinucidere, autopsia poate contribui cu mult la rezolvarea problemei discernământului: identificarea leziunilor cerebrale, congenitale sau dobândite, în deosebi cele ale nucleului lenticular; identificarea sclerozelor difuze sau localizate; identificara afecţiunilor embolice sau sifilitice, a degenerării substanţei medulare; identificarea leziunilor consecutive traumatismelor capului.

De notat că nu din orice modificare a creerului şi a învelişurilor acestuia se poate conchide la o alterare a facultăţilor mintale: de multe ori, la necropsie, se găsesc modificări mai mult sau mai puţin profunde ale scoarţei cerebrale, infiltraţiuni seroase ale învelişurilor creerului, fără ca, în tot cursul vieţii sale individul să fi dat cel mai neînsemnat semn de desechilibru mintal ori numai psihic. Un om cu înfăţişarea perfect sănătoasă, căruia viaţa îi surâdea şi care păruse a se fi împărtăşit din plin din bucuriile existenţei, într'o bună zi se sinucide. Nu exista motiv tangibil: câteva rânduri scrise dau cheea enigmei; o mare depresiune morală l'a făcut să se îndoiască de rostul vieţii a cărei nimicnicie i-a apărut subit; — la un astfel de om se găsesc la, autopsie, stigmate cari însă, până la adânci bătrâneşte, n'au exercitat nici o influenţă asupra funcţiunii cerebrale.

2. *Dacă nu e sau n'a fost caz de captaţiune.*

3. *Dacă beneficiarul sau beneficiarii liberalităţii au un titlu plauzibil la sentimentele afective ale dispunătorului.*

4. *Dacă testatorul nu e sau n'a fost jucăria unui conflict de interese între tabere adverse cari îi hărţuesc sau i-au hărţuit voinţa*, spre a obţine înclinarea cumpenei într'un sens sau altul.

5. *Ajunge absurditatea, extravaganţa unei dispoziţii testamentare*, spre a se avea o indicaţie de sdruncinul echilibrului cerebral (desmoştenirea totală sau parţială a celor îndrituiţi, fără a se putea invoca împotriva lor nedemnitatea prevăzută de *art. 665* c. civ.; dispoziţiunile cu clauze imorale sau irealizabile).

6. *In afară de conţinut, forma dispoziţiei testamentare* (scrisul, ortografia, stilul) *e şi ea pentru expert un indiciu preţios pentru diagnosticarea unei stări morbide sau a imposibilităţii materiale ca scrisul să fie al testatorului*. In adevăr, există o patologie a scrisului pe care expertul o deduce din starea generală a testatorului la data facerii actului.

a) „Un major poate dispune valabil prin testament, *dacă nu se constată că în momentul testării nu se afla cu minţile sănătoase*". (*Cas., S. I*, 1872).

b) „Cererea de anulare a unui testament, pe motiv de captaţiune sau sugestiune, trebue justificată prin fapte constatate". (*Trib. Ilfov*, 1881; *C. A. Bucureşti*, 1883; *Cas. S. I.*, *1887)*. — „Sugestiunea şi manoperele exercitate trebuesc precizate". (*Trib. Ilfov*, 1890). — „Sugestiunea dovedită anulează testamentul" (*Trib. Tecuci*, 1917).

c) „Se poate cere anularea, *când se dovedeşte starea de demenţă a testatorului*" (*C. A. Focşani*, 1882). — „Instanţa judecătorească este în drept a refuza proba testimonială pentru *slăbiciunea de minte* a unui testator şi *captaţiune*, dacă acel care propune această probă n'a articulat *fapte sau acte din cari să rezulte slăbiciunea de minte a testatorului*". (*Cas., S. I*, 1898).

d) „Prin inscrierea în fals se poate ataca testamentul, în ce priveşte *conştiinţa testatorului*" (*Cas., S. I*, 1886). — „Testamentul poate fi atacat, dacă se face dovada, că *însuş actul învederează smintirea minţii testatorului*" (Cas., 1889). — „Se poate dovedi că acel care a făcut testamentul *nu avea uzul raţiunii, din cauza slăbiciunii provocate de boală*" (*C. A. Galaţi*, 1894).

De observat, că *arterio-scleroza nu implică o slăbire a facultăţilor mintale, aşa că testamentul unui astfel de bolnav e valid.*

3. **Succesiunea**

„Pentru a succede trebue neapărat ca persoana ce succede să existe în momentul deschiderii succesiunii" *(art. 654 c. c.)*. — E nedemn de a succede „acela care a făcut în contra defunctului o acuzaţiune capitală, declarată de judecată calomnioasă" *(art. 655, al. III* c. c.). — *Dispoziţiunile testamentare făcute în favoarea unui incapabil sunt nule (art. 812* c. c.).

Acestea fiind principiile ce cârmuesc dreptul de a moşteni, urmează că expertiza medico-legală e necesară pentru demonstrarea existenţei legatarului, a răspunderii pentru actul socotit calomnios şi a incapacităţii sale sub raportul facultăţilor intelectuale.

I. Existenţa moştenitorului

1. **„Copilul conceput este considerat că există"** *(art. 654 al. II, c. c.)*: La capitolele: „Concepţiunea", — „Naşterea", „Tăgada paternităţii", „Tăgada maternităţii". (Vol. II, pag. 7—24, 44—85), am arătat cum se face dovada medico-legală a zămislirii.

2. **Data concepţiunii moştenitorului.** — „Este capabil de a primi prin testament oricine este conceput la epoca morţii testatorului" *(art. 808, al. II, c. c.)* — Nu ajunge faptul concepţiunii, ci trebue precizată şi data acesteia, pentrucă legea exclude dela succesiune copilul conceput de văduvă după ce testatorul a închis ochii. Dovada o administrează expertiza medico-legală *(Vezi aceleaşi capitole)*.

3. **Copilul născut mort este considerat că nu există"** **(art. 654, al. III, c. c.).** — E neapărată nevoie de demonstraţia medico-legală că, în momentul deschiderii succesiunii, legatarul s'a născut viu indiferent dacă e viabil ori nu *(Vezi aceleaşi capitole)*.

4. **Copilul legitim.** — Reprezentanţii copilului legitim născut viu pot ataca o eventuală nesocotire a celor hotărîte prin *art. 841* cu privire la cota liberalităţilor făcute de părintele decedat al copilului, fie prin acte între vii fie prin testament. — Legitimitatea copilului trebue demonstrată prin calculul duratei sarcinii.

5. **Legatarul mort înaintea testatorului.** — Cu singura excepţie în favoarea copilului numai conceput (cu dispoziţiunea complimentară că se va naşte viu), orice alt legatar trebue să supravieţuiască dispunătorului: „Orice dispoziţiune testamentară devine caducă, când acela în favoarea cărui a fost făcută, a murit înaintea testatorului" *(art. 924* c. c.).

Chestiunea aceasta de supravieţuire e din cele mai delicate, atunci când moartea testatorului şi a legatarului e contemporană (boală, otrăvire, sinucidere, moarte subită, moarte violentă, moarte accidentală). Numai o expertiză medicală, pe cât de laborioasă pe atât de conştiincioasă, poate rezolva grava problemă de drept ce se pune justiţiei, aceasta urmând să atribue averea rămasă depe urma celui care a murit întâiu moştenitorilor calificaţi ai celui care a murit în urmă.

Chestiunea supravieţuirii se pune şi atunci când nu există testament, averea decedatului urmând să fie atribuită erezilor cu atare calitate recunoscuţi de lege.

II. Legatarul e un interzis

Interzisul nu poate beneficia de legat decât în urma acceptaţiunii tutorului sau curatorului *(art. 662, 750, 747*, c. c.).

III. Refuzul moştenirii oneroase pe motiv de inconştienţă

„Majorele nu poate să-şi atace acceptaţiunea expresă sau tacită a unei succesiuni, decât în cazul când această acceptaţiune a fost urmarea unei violenţi ce s'a întrebuinţat în privinţa-i" *(art. 694* c. c.). Dovada absenţei liberului arbitru, în momentul primirii, e de resortul expertizei medico-legale.

IV. Nedemnitatea moştenitorului.

Expertiza medico-legală va demonstra dacă, în momentul săvârşirii actului de nedemnitate, eredele era sau nu conştient de fapta sa.

4. Puterea părintească; tutela

a) *In caz de divorţ, soţul declarat în prealabil incapabil* şi ca atare pus sub interdicţie sau sub consiliu judiciar, e lipsit de puterea părintească asupra copiilor ieşiţi din căsătoria desfăcută, chiar dacă despărţenia s'a pronunţat în favoarea lui.

b) *Interzişii, smintiţii neinterzişi şi cei puşi sub consiliu judiciar* pentru debilitate mintală sunt excluşi dela exerciţiul dreptului de tutelă *(art. 383 c. c.).*

5. Adopţiunea

a) *Un soţ nu poate adopta fără consimţământul neviciat al celuilalt (art. 310 c. c.)*

b) Nulă e adopţiunea, *dacă se dovedeşte un viciu de consimţământ din partea adoptatului sau a ascendenţilor ori tutorelui acestuia (art. 312 c. c. — Cas. S. I,* 1884).

c) Interzisul având facultatea de a se căsători in *intervale lucide,* are in aceleaş intervale *şi facultatea de a adopta.*

6. Recunoaşterea copilului natural

Individul pus sub consiliu judiciar poate recunoaşte un copil natural, *atunci când expertiza medicală stabileşte că e capabil să-şi dea seama de însemnătatea actului.*

7. Actele soţiei interzisului

a) Prin aplicarea *art. 204* şi *205* c. c., dacă soţul se află sub interdicţie, tribunalul poate autoriza soţia să stea in judecată sau să contracteze *(Cas.* 1878, 1893).

b) Femeea interzisului nu poate instreina averea *(C. A. Bucureşti, 1888)* sau a face act de cumpărare, fără autorizaţia expresă a justiţiei *(C. A. Iaşi,* 1882).

c) Soţia incapabilului, după ce a fost autorizată de justiţie să facă un act de ipotecă, trebue să ceară o nouă autorizaţiune spre a putea figura în instanţă, la săvârşirea vânzării silite. *(Cas.,* 1888).

8. Acte de vindere-cumpărare

Capacitatea de a contracta fiind esenţială intr'un act de vindere-cumpărare *(art. 1306 c. c.),* un atare act e nul, *atunci când una din părţile contractante sau ambele sunt declarate incapabile (Cas., S. I,* 1893).

9. Asigurarea asupra vieţii

Cu toată clauza convenţională specială *(art. 474 al. II,* Codul de Comerţ). Societatea de asigurare poate contesta validitatea obligaţiunii de a plăti sucesiunii suma asigurată, *atunci când asiguratul* *care s'a sinucis (art. 474 al. I* Codul de Comerț) *e dovedit de a nu fi fost în plenitudinea facultăților sale mintale* în momentul când a contractat — boală pe care a disimulat-o la examenul medical premergător asigurării. Disimularea desechilibrului cerebral e asimilată cu o declarațiune falsă *(art. 454* Codul de comerț):

„Orice declarațiune falsă sau greșită, *orice ascundere de împrejurări sau fapte cunoscute asiguratului* dau loc la nulitatea asigurării, când declarațiunea sau ascunderea ar fi fost de așa natură că asigurătorul, *dacă ar fi cunoscut adevărata stare a lucrurilor, nu ar fi încheiat contractul sau nu l-ar fi făcut în aceleași condițiuni*".

Rolul expertului e ca, din examinarea scrisorilor, însemnărilor, din rezultatul autopsiei, să deducă starea mintală a sinucigașului în momentul contractării asigurării.

10. Stingerea mandatului

In aplicarea *art. 1552* c. c., „interdicția mandantului stinge mandatul", — *Cas., S. II*, 9 Decembrie 1924.

11. Acte de comerț

a) Interzisul și cel pus sub consiliu judiciar *nu pot fi comercianți și nici a continua un comerț (art. 14* c. com.*)*.

b) Prin aplicarea *art. 1520* c. c., „ceilalți asociați pot cere disolvarea asociației, *în urma interdicțiunii unuia dintre asociați*" *(Cas., S. I*, 1875).

c) Dacă falimentul sau insolvabilitatea bărbatului atrage de drept obligația sa de a restitui dota, *starea de smintire și chiar interdicția lui* nu sunt în genere prin ele însăș o cauză suficientă de separațiune de bunuri *(art. 1256* c. c.).

12. Acțiunea în resciziune

Interzisul, care s'ar afla într'un interval lucid, *e responsabil de însușirea averii altuia* (art. 1164 c. c.).

13. Ipoteca legală

Printre drepturile și creanțele cărora codul civil le acordă puterea unei ipoteci legale sunt, între altele, acele „ale minorilor și *interzișilor* asupra bunurilor tutorelui" *(art. 1753* c. c.).

14. Jurământul

a) Interzisul nu poate deferi jurământul și nici nu-i poate fi deferit lui (art. 237 c. pr. c.).

Jurământul nu poate fi deferit *interzișilor*, pentrucă ei n'au capacitatea de a conveni la o transacție.

„Jurământul ar putea însă fi deferit persoanei a cărei interdicție ar fi fost cerută dar nepronunțată încă, pentrucă, până la pronunțare, persoana în chestie se bucură de toate drepturile unui individ capabil. Dar *odată interdicția rostită, actele anterioare și deci și jurământul prestat vor putea fi anulate,* ca emanând dela o persoană lipsită de liberul-arbitru (*Curtea de Apel din Rouen*).

b) Un jurământ luat unui *incapabil* poate fi dărâmat, pe cale de apel sau de revizuire, dacă e vorba de o sentință definitivă (*art. 290* c. pr. c.).

c) Hotărîrea dată pe baza *jurământului smuls prin dol sau violentarea persoanei care l-a prestat*, poate fi dărâmată.

d) Dacă, în intervalul dela deferirea jurământului și prestarea acestuia, *persoana care urmează să jure a pierdut uzul rațiunii, însăș deferirea devine caducă.*

I. **Jurământul decizoriu.** — Judecătorul va respinge jurământul deferit unui incapabil sau unui interzis (*art. 1210* c. c.; *Cas.*, 1872, 1882). — „Deferirea jurământului decizoriu e neavenită, dacă persoana a pierdut uzul rațiunii, în urma acestei deferiri". (*Curtea de Apel din Toulouse*).

II. **Jurământul supletoriu.** — Judecătorul poate deferi unui incapabil jurământul supletoriu, dacă are convingerea că depoziția așteptată e de natură a lumina cauza (*art. 1220* c. c.).

III. **Jurământul de credulitate** (*art. 1906* c. c.). — Interzișii și slabii de minte nu pot deferi jurământul

15. Suspendarea judecății

Judecata se suspendă „prin interdicția sau punerea sub consiliu judiciar a unei părți" (*art. 254, al. III,* c. pr. c.).

16. Prescrierea acțiunii în anulare

Acțiunea în anulare a unei obligațiuni asumate se prescrie după trecere de 10 ani, dar cu următoarele excepțiuni: „Această prescripțiune nu începe a curge, *în caz de violență,* decât din ziua în care violența a încetat; *în caz de eroare sau de dol,* din ziua când eroarea sau dolul s'a descoperit; ...iar în respectul *interdicților* din ziua când s'a ridicat interdicțiunea" (*art. 1900* c. c.).

17. Perimarea

„Orice acțiune, opoziție, contestație, apel, recurs în casație sau cerere de revizuire e perimată în termen de doi ani dela cel din urmă act de procedură, *chiar atunci când una din părțile litigioase e un interzis sau o persoană pusă sub consiliu judiciar* (*art. 257* c. pr. c.).

CAP VIII

CĂSĂTORIA

> *„Le mariage doit être considéré sous trois rapports: sous celui des besoins physiques et personnels, sous celui des enfants qui naîtront, et enfin sous le rapport des droits et devoirs que l'état social a attachés à cette institution“.* — FODERE

Admirabilă caracterizare a rostului căsătoriei, — caracterizare in care se oglindesc nu numai preocupările de ordin biologic, fiziologic şi moral intru asigurarea trăiniciei şi armoniei insoţirii, dar şi grija de calitatea progeniturii — scopul, marele scop al căsătoriei fiind doar perpetuarea speciei. Din nenorocire, codul nostru civil — care abundă in escelente dispoziţiuni cu privire la formalităţile preliminarii consfinţirii contractului matrimonial — ignorează aproape cu desăvârşire condiţiunile din formula pe cât de concisă pe atât de cuprinzătoare a marelui înaintaş francez.

In adevăr, in cele douăzeci şi şase de articole (70—95) relative la căsătorie, din noua „Lege privitoare la actele stării civile“ (din 21 Februarie 1928), incorporată în Codul Civil, nu găsim decât in două articole o timidă preocupare în această privinţă: 1) obligativitatea declarării vârstei şi a gradului de consanguinitate *(art. 71 şi 85)*; 2) înregistrarea consimţământului viitorilor soţi, în momentul celebrării cununiei *(art. 91)*. Iar titlul V c. c., cap. I (Despre însuşirile şi condiţiunile necesarii pentru a se putea săvârşi căsătoria“), în alte 16 articole, nu e mai curagios, tratând numai despre chestiunea vârstei *(art. 127 şi 128)*, a consanguinităţii *(art. 143 şi 144)* şi aceea a consimţământului *(art. 129)*. Celelalte articole reflectează ori grija de apărarea autorităţii părinteşti ori a celei tutelare *(art. 131—133, 139, 141)*, ori o preocupare de ordin moral socialo-religios *(art. 145—148)*, ori, însfârşit, solicitudinea faţă de bunurile materiale ale pupilei *(art. 149)*.

Fireşte, codul conţine şi dispoziţiuni de reparare a greşelii (cazurile de nulitate a căsătoriei şi de divorţ), dar lipsesc prevederi pentru preîntâmpinarea unei căsătorii care, in loc să aibă „le double mérite de donner à l'amour la force d'une loi, et à la loi la douceur d'une affection“ *(St.-Marc Girardin)*, nu numai confirmă aforismul: „Le mariage est une greffe: cela prend bien ou mal“ *(Victor Hugo)*, dar adesea „le meilleur mariage expose à des hasards" *(Jean-Jeacques Rousseau)* cu desnodământ catastrofal pentru ființa fizică ori morală a unuia din soți sau a amândurora.

Și aceasta, pentrucă, prizonieri ai nisipurilor mișcătoare ale unei mentalități rutinare roasă de o rugină seculară, rămânem impasibili, in orice caz nu facem nici o sforțare spre a ține pasul progresului realizat în alte țări.

I. Certificatul medical prenupțial

Pe când aiurea posibilitatea de realizare a proectului de căsătorie e îngrădită de condițiuni de sănătate trupească și sufletească, la noi societatea, prin ofițerul stării civile, dă blagoslovirea laică oricărei perechi care respectă dispozițiunile mai sus amintite ale codului civil, indiferent dacă această unire, prin vreuna din bolile sociale ori generale ale unuia din soți, constitue un permanent pericol de contagiune pentru celalt soț; iadul casnic e legalizat pentru soțul obligat să suporte actele de violență, chiar atentatele la viață, din partea consortelui al cărui loc indicat e balamucul. Codul nu se sinchisește nici de laturea fecundității însoțirii, nici de valoarea fizică, intelectuală și morală a rodului zămislirii. Se uită, precum cu multă dreptate observă *Morache*, că, într'o societate constituită, căsătoria e o datorie socială, întocmai ca serviciul militar. Și adăugăm noi, după cum, in organizarea apărării frontierelor sale, societatea face o selecțiune de oameni (instrucțiunile medicale pentru aplicarea legii recrutării), tot astfel i se impune aceeaș selecție pentru întreținerea vitalității sale. Dreptul de a procrea trebue considerat ca un privilegiu, de exercițiul căruia să nu se poată bucura decât individul cu corpul sănătos și mintea teafără. Ți se cere certificat de sănătate la admiterea în cea mai neînsemnată slujbă, și aceeaș autoritate tutelară închide ambii ochi când e să te investească solemn cu mandatul de a contribui la întărirea așezământului social.

A. In alte țări

Aiurea nu e așa. In toată lumea civilizată s'a pornit o campanie în favoarea censurii matrimoniale — censură despre care găsim urme la vechii Romani (condițiunea capacității fizice și mintale — *Ulpian;* chiar simplul concubinaj avea nevoie de o autorizație formală) și la Hinduși (nu e permisă căsătoria celor cari suferă de hemoroizi, tuberculoză, dispepsie, epilepsie, elefantiasis — *Cartea lui Manu*). In unele țări dreptul de control al Statului a și fost sau e pe cale de a fi legiferat:

1. **Suedia.** — Legea din 11 Noembrie 1915 interzice căsătoria (definitiv sau temporar, acordând o perioadă de observație) individului atins de: *a)* o boală venerică în perioada contagiunii; *b)* epilepsie; *c)* alienație mintală.

2. **Norvegia.** — Prin legea dela 1 Ianuarie 1919, certificatul de aptitudine e refuzat celui atins de: *a)* sifilis sau altă boală venerică în perioada contagiunii; *b)* epilepsie; *c)* lepră. Iar dacă o atare persoană vrea totuș să se căsătorească, legea îi impune îndatorirea de a informa în prealabil cealaltă persoană interesată despre boala de care suferă. Orice declarațiune falsă, făcută în fața ofițerului stării civile, e pedepsită cu 2 ani închisoare.

3. **Danemarca.** — Legea din 30 Iunie 1922 interzice ofițerului stării civile de a celebra căsătoria, dacă viitorii soți nu aduc câte o atestațiune medicală arătând că, în urma examenului făcut în termen de cel mult 14 zile înainte de data fixată pentru cununie, au fost găsiți indemni de orice boală venerică. La cererea soțului înșelat, tribunalul rostește nulitatea căsătoriei și acordă despăgubiri civile. Cât despre medic, legea, asimilându-l cu expertul asermentat, îl desleagă de obligațiunea secretului profesional.

4. **Turcia.** — Medicul oficial, anume desemnat pentru examenul prenupțial, aplică și o pecete indelebilă la încheetura mânii, spre a se dejuca astfel o eventuală tentativă de substituire de persoane.

5. **Armenia.** — Din ordinul Katholikosului certificatul de sănătate e obligatoriu dela 1920.

6. **Germania.** — Legea dela 11 Iunie 1920 institue un oficiu de examinare neobligatorie a candidaților la însurătoare.

7. **Austria.** — Dela 1922 funcționează, la Viena, un serviciu gratuit de consultațiune medicală matrimonială.

8. **Belgia:** servicii de consultațiuni la Bruxelles și Anvers.

9. **Italia:** sub auspiciile Crucei-Roșii, un serviciu de consultațiuni medicale, la Milano.

10. **Olanda:** serviciu de consultațiuni la Amsterdam (sub auspiciile Consiliului Național al femeilor neerlandeze).

11. **Spania:** noul cod penal prevede o pedeapsă pentru soțul vinovat de transmiterea unei boli venerice, care e și motiv de divorț.

12. **Statele-Unite.** — In unele State ale Uniunii căsătoria e interzisă epilepticilor, imbecililor, idioților, alienaților mintali, celor atinși de o boală venerică transmisibilă, tuberculoșilor, alcoolicilor inveterați. — Medicul care eliberează și individul care se servește de un certificat mincinos sunt pedepsiți cu închisoare și amendă.

13. **Brazilia:** examenul medical e înscris în codul civil încă dela 1890.

14. **Argentina.** — Parlamentul e sesizat cu un proect de lege instituind cenzura medicală matrimonială.

15. **Franța.** — Un proiect de lege impune obligațiunea certificatului medical, eliberat în ajunul zilei fixate pentru cununie, prin care să se atesteze că persoana în chestiune nu prezintă nici un simptom apreciabil al vreunei boli contagioase.

B. **Bolile contra-indicație a căsătoriei**

I. Bolile sociale: *sifilisul, blenoragia, tuberculoza, alcoolismul.*

a) Sifiliticul *primejduește sănătatea femeii* (din 572 cazuri de sifilis la femee, 81 de transmisiune dela soț — *Fournier*). Femeea contaminată poate să devină sterilă (40 la 100 — *Hala*).

Sifilisul părintelui e transmis copilului prin toxinele elaborate de părintele bolnav. Iar *mama poate lua sifilisul dela făt*, fie în momentul facerii, fie în timpul vieții intra-uterine a copilului, pe cale endosmotică, prin schimbul constant dintre circulația fetală și circulația maternă. — Cât despre copil, acesta ori moare in uter ori, in marea majoritate a cazurilor, se naşte neviabil: din 100 eredo-sifilitici, 50 mor in primele 6 luni ale vieţii extra-uterine, 25% in a 2-a jumătate a primului an al vieţii, 16% până la 10 ani şi numai 9% ajung adulţi. Profesorul *Nicolau* (Congresul de obstetrică şi ginecologie ţinut la Bucureşti în 1925) a arătat că singur sifilisul ereditar seceră, în România, 25.000 copii pe an.

Sifilisul apare deci ca o contra-indicaţie a căsătoriei. Nefiind însă o boală incurabilă un fost sifilitic poate fi autorizat să se insoare:

1. Când după un an, *în perioada primară*, după un interval mai lung, *în perioada secundară, nu se mai constată nici un accident specific actual.*

2. Dacă au trecut cel puţin 4 ani *(Fournier)*, 10 ani *(Herxheimer)*, dela manifestarea diatesei.

3. După cel puţin un an de tăcere clinică şi serologică, — tăcere consecutivă unui tratament intensiv.

4. Absenţa unei localizări nervoase a bolii, pentrucă „orice localizare a diatezei pe encefal comportă, pentru prezent şi viitor, un pronostic din cele mai serioase" *(Fournier)*; „leziunile nervoase sunt factorul principal al gravităţii sifilisului" *(Gougerot)*.

5. Imunitatea completă individuală cu garanţia netransmisibilităţii — imunitate asigurată printr'un tratament specific: 1 an pentru sifilisul combătut dela primele manifestaţiuni, 3—5 ani şi chiar mai îndelungat, în perioada de infecţie generalizată *(Fournier, Montlaur)*.

b) **Blenoragia**, prin ravagiile ce face, e o boală socială tot atât de gravă caşi sifilisul. La New-York, de exemplu, din 1.000 bărbaţi cari se insoară, 800 au avut blenoragia, dintre cari 90% nevindecaţi *(Noeggerath)* *şi-au contaminat soţiile*, la cari s'a constatat: metrite dureroase, salpingite, ovarite, pelvi-peritonite, *50% din femeile infectate devin sterile.* — Dar şi puterea reproducătoare a bărbatului e atacată: din 1.300 blenoragici, 184 cazuri de *epididimită*, dintre cari 40 de epidimită dublă (21 azoospermici şi 4 cu necrospermie); in 16 cazuri de *spermato-cistită dublă*, s'a observat 2 cu azoospermie completă şi 14 cu necrospermie (cu foarte rari spermatozoizi).

Examenul trebue să fie pe cât posibil de minuţios, pentrucă mulţi bărbaţi par a fi uitat de „blenoragia bacalaureaţilor" *(Morache)* căpătat la prima iniţiare în viaţa sexuală. Femeea, văduvă, poate aduce ca zestre o infecţiune gonoreică moştenită dela primul bărbat sau dela un amant. Insfârşit, nu trebue neglijat nici detaliul că, întocmai cum există para-sifilisul există şi afecţiuni paragonococice ale căror leziuni, localizate, pot fi dintre cele mai serioase.

Fostul blenoragic poate fi autorizat să se căsătorească:

1. *Bărbatul.* — Dacă rezultatul favorabil al examenului clinic (vindecarea) e coroborat de absenţa gonococului intr'o scurgere cât de mică. (Se face cultura spermei, ştiut fiind că virusul blenoragic atacă şi glandele genitale profunde: dacă se constată azoospermie, bărbatul să fie obligat de a-şi preveni viitoarea soţie că e atins de o sterilitate probabil permanentă).

2. *Femeea* e examinată a doua zi după ultima menstruaţie: căutarea gonococului la nivelul colului uterin, în orificiul glandelor lui Bartholin (prin presiune se stoarce o picătură de puroiu) şi in uretră unde, în majoritatea cazurilor, se localizează gonococul.

c) Tuberculoza deschisă, cu expectoraţie pozitivă, constitue un pericol de contagiune *pentru soţul indemn* (părerea că, până la vârsta de 20 ani, bacilul tuberculozei e localizat intr'o regiune a corpului la 97% din totalitatea indivizilor, e exagerată, deoarece la autopsie nu se identifică prezenţa bacilului decât în cel mult 40% dintre persoanele de această vârstă). Contaminarea soţului e probabilă în 20% din căsătoriile contractate de tuberculoși în perioada contagiunii (o femee tuberculoasă și-a contaminat mortal doi bărbați și toți copiii — *Tecon*).

Copilul e mult mai expus, dacă nu e izolat imediat după naștere. Ereditatea de teren favorizează deslănțuirea virusului: din 1604 copii din tată sau mamă tuberculoasă, neizolați, 625 au murit.

Tuberculoza, în orice caz, e o cauză de *scădere a viabilității* (35% nașteri premature sunt datorite tuberculozei generatorilor — *Debré*).

In 12% avorturi naturale, cauza e tuberculoza (*Leroux-Grunberg*).

Contra-indicație a căsătoriei, *tuberculoza pulmonară cu expectorație* nu constitue totuș o piedică permanentă:

1. *La bărbat*, când dela vârsta de 20 ani și până la cel puțin 25 ani nu s'a mai înregistrat, clinicește și bacteriologicește, nici o manifestațiune a bolii.

2. *La femee*, când, în intervalul dela 20 până la cel puțin 30 ani, vindecarea complectă nu mai poate fi contestată. E nevoie, pentru femee, de un timp de observație mai lung, pentrucă la ea evoluția tuberculozei e mai lentă ca la bărbat; mai e și considerațiunea, că menstruația exercită o influență manifestă asupra bolii.

d) Alcoolismul inveterat e o contra-indicație absolută a căsătoriei care, *la rigoare, s'ar putea autoriză, cu condițiunea sterilizării prealabile a alcoolicului cronic*. (Dealtfel, alcoolismul însuș se însărcinează cu această operă de profilaxie: 58% alcoolici inveterați sunt sterili).

Ravagiile în ce privește progenitura, sunt înspăimântătoare:

1. *Natalitate:* 22% născuți-morți.
2. *Viabilitate și vitalitate:* 20% pipernciți.
3. *Intelect:* peste 30% imbecili și idioți.

C. Nevrozele

Acestea exercită o influență verificată asupra rodului concepțiunii.

1. La mulți copii născuți din părinți *nevropați (nevroză de origine sifilitică)*, se notează: *turburări fizice motrice, convulsiuni incompatibile cu viața, tare congenitale ca imbecilitatea, idioția, proces de paralizie progresivă.* Turburările mintale se traduc prin obsesiune — impulsiune, accese de psichoză periodică, hebefrenie, demență chiar — și copilul e astfel sortit sau balamucului sau pușcăriei.

2. *Epilepsia* — produs al nevrozelor cari au găsit, la copil, un teren favorabil în eredo-sifilis și eredo-alcoolism.

3. *Tabesul*, de origine sifilitică, e o contraindicație absolută a căsătoriei.

4 *Ereditatea epilepsiei părintești* nu e încă dovedită, dar epilepsia (la unul din soți) poate duce la demență temporară care, în nici un caz nu e o perspectivă ademenitoare pentru viitorul tovarăș de viață.

D. Alienația mintală

Ea constituia și în dreptul roman o piedică relativă, deoarece căsătoria nu'i era îngăduită alienatului decât în intervale prelungite de luciditate (*intervalla perfectissima*). Autori ca Planioli, Folleville și alții consideră alienația mintală incurabilă ca o contraindicație absolută a căsătoriei, chiar în intervalele lucide, pentrucă există pericol de transmisiune a bolii la copii. Jurisprudența a consfințit acest verdict al doctrinei juridice, bazată pe observații medicale (Casația belgiană a anulat căsătoria contractată de un alienat interzis, în cursul unui interval lucid).

Și e perfect justificată această prohibițiune, pentrucă alienația mintală, după cum observă și *Morache*, cu particularitățile ei de geneză (insidioasă), evoluție (lentă) și de transmisiune, e o boală mai gravă decât toate celelalte: distruge individualitatea, crează o stare de hebetudine sau de delir furios; alienatul devine un obiect de repulsiune și de teroare. Iar copilul alienatului moștenește un sistem cerebro-spinal propice tuturor fenomenelor morbide ce pot evolua într'un atare mediu anatomic.

Statisticile lui *Woods* și *Hutchinson* (pentru Anglia, Germania și Statele-Unite), arată că la 22% din copiii procreați de alienați (tatăl sau mama) se notează turburări mintale caracterizate. Din 200 alienați, 70 au moștenit boala fie dela ascendenți direcți, fie dela colaterali *(Briscoe)*. Cazuri de *ereditate similară:* un bărbat de 35 ani se sinucide tăindu-și gâtul cu briciul; cei trei copii ai lui (2 băeți și o fată), se sinucid și ei, tot la vârsta de 35 ani și in acelaș mod; fata lasă un fiu care deasemenea, la 35 ani, își pune capăt zilelor, tăindu-și beregata cu un briciu *(Hammond)*. — Exemplu de *ereditate disparată:* tatăl suferă de delirul de persecuție, unul din fii de dromomanie, un altul de epilepsie și al treilea de neurastenie *(Apert)*. *Paralizia progresivă* (chiar in faza incipientă) și *demență senilă* oferă perspectiva unei progenituri degenerate.

In caz de alienație mintală, contra-indicația, în ce privește căsătoria, ar fi absolută. *Wagner-Jauregg* (in *Hofmann-Haberda*, 1927), însă se declară contra prohibițiunii fără apel, pentru orice fel de formă a bolii.

Insănătoșirea complectă, cu luciditatea perfectă, poate interveni in *mania depresivă*, in anumite faze ale *demenței precoce*, *în paralizia progresivă*, mai rar in *formele paranoice*.

1. **Mania depresivă.** — Vindecarea ei complectă e posibilă, atunci când alienația nu îmbracă forma periodică sau circulară. Pentrucă în atare caz putem inregistra un interval lucid destul de intens, dar recidiva e sigură și încă in foarte scurt timp.

2. **Demența precoce** are uneori o formulă simptomatologică foarte greu de interpretat în ce privește șansele de însănătoșire desăvârșită.

3. **Paralizia progresivă.** — Insănătoșirea poate oferi o garanție de durabilitate atunci când a fost intensiv tratată după nouile metode de cură.

Atunci când individul, chiar la o epocă indepărtată de momentul căsătoriei, a dat semne de alienație mintală, e neapărată nevoie de un examen medical prenupțial, spre a se constata absența oricărui stigmat care să indrituească temerea de o eventuală recidivă.

E. Cancerul (cu numeroasele lui varietăţi)

După unele observaţiuni, cancerul ar părea să fie şi contagios şi ereditar (o femee moare la 60 ani, de un cancer al sânului; 4 fiice şi 10 din 18 copii ai acestora mor şi ei de cancer — *Paul Broca*). Dar deoarece până astăzi, cu toate indiciile turburătoare notate, nici ereditatea nici contaminarea nu sunt ştiinţificeşte verificate, cancerul nu poate figura printre contra-indicaţiile căsătoriei.

F. Bolile familiale

Moştenite fie dela tată *(afecţiuni patriarcale)* fie dela mamă *(afecţiuni matriarcale)*, cele mai frecvent verificate dintre aceste boli sunt:

1. **Atrofia musculară progresivă** *(Déjerine* şi *Landouzy* au izolat tipul facio-scapulo-humeral, cu debutul la faţă, la vârsta de 10 ani).

2. **Ataxia ereditară** (turburări în vorbire, deglutiţiune, mers exagerarea reflexelor) debutează pela 45 ani.

3. **Atrofia ereditară esenţială a nervului optic** se notează numai la bărbaţi şi dela vârsta de 25 ani.

4. **Teleangiectazia hemoragică** — datorită prezenţei naevilor materni pe mucoasa gurii şi a nasului, — se traduce prin hemoragii profunde bucale şi nazale.

Nici una din aceste afecţiuni nu constitue o contra-indicaţie pentru căsătorie.

G. Viciile de conformaţie congenitală

Şi acestea trebue să formeze obiectul unui examen prenupţial pentrucă, deşi ca atari nu constitue o contra-indicaţie a căsătoriei, pot însă fi un motiv de sterilizare prealabilă:

1. **Achondroplasia, dysostosa cleidocraniană** şi **osteopsathyrosis** (fragilitatea esenţială a oaselor) — toate produs al eredităţii directe sau colaterale — nu exclud căsătoria, dar cu sterilizarea individului atins de una din aceste malformaţiuni congenitale.

2. **Buza-de-iepure** (în forma benignă) şi **agenezia articulară** permit căsătoria, dar cu sterilizarea.

3. **Hermafrodismul**, atunci când sexul adevărat e predominant, deşi în unele cazuri e ereditar (30 familii cu 150 indivizi hermafrodiţi — *Brandenburg*) nu e o contra-indicaţie a căsătoriei.

4. **Sterlitatea bărbatului**: viitoarea soţie trebue prevenită. (După art. 53 c. c. austriac, sterilitatea e un motiv legal de prohibiţiune, pentrucă e o infirmitate patentă din categoria celor indicate ca *„dem Zwecke der Ehe hinderliche Gebrechen"* — scopul căsătoriei fiind nu numai convieţuirea indisolubilă *(in unzertrennlicher Gemeinschaft zu leben)*, ci şi de a procrea *(Kinder zu zeugen)* — scop esenţial al căsătoriei (art. 44 c. c.).

II. Consanguinitatea

> *„Le sang a horreur de lui-même dans le rapport des sexes, c'est par un sang étranger qu'il peut se perpétuer“.*—TROPLONG

Consanguinitatea, am văzut, e considerată de codul nostru civil ca o piedecă *absolută* la căsătorie *(art. 143* — în linie directă între ascendenţi şi descendenţi şi între afinii de aceeaş linie; *art. 144* — în linie colaterală până la a 4-a spiţă inclusiv şi între afinii de aceeaş spiţă); prin excepţie poate fi numai *relativă (art. 150* prevăzând *dispensa regală pentru căsătoria între veri ori cumnaţi).* Această din urmă spărtură legală în zidul de apărare a speciei ar trebui să fie reparată, căsătoria între veri constituind adesea cel mai propice mediu de cultură a degenerescenţei fizice şi intelectuale. Edificatoare, sub acest raport, sunt observaţiile lui Achile Blavier *(„Etat actuel de la question des mariages consanguins“,* Paris, 1927) toate referitoare la copii născuţi din însoţiri între veri primari, deşi tată şi mamă sănătoşi:

1. Primul copil hidrocefal mort la 5 ani: al 2-lea copil mort la 2 luni; al 4-lea cu buza-iepure, după care urmează un avort natural la 2 luni.
2. Primul copil — idioţie mongoliană.
3. In primul an, 2 avorturi naturale: urmează un copil cu sindromul lui Little.
4. Un copil atrepsic (mort) unul cu holera infantilă, unul cu convulsiuni între 7 şi 15 ani.
5. Un copil cu spina bifida, unul mort la 8 luni, unul cu convulsiuni până la 8 ani.
6. Băiat şi fată, fiecare cu dublu picior strâmb varus equin.
7. Băiat cu dublu picior strâmb varus equin: fată cu sindactilie; copii cu lipsă de degete (numai muguri) la picioare.
8. Un surdo-mut: unul cu convulsiuni.
9. Un avort natural la 3 luni; un copil cu turburări gastrice, iar la 10 ani criza comiţială a epilepsiei
10. La 17 ani copilul, care suferia de o criză de astenie profundă, se sinucide.
11. In primul an al căsătoriei 2 avorturi naturale: urmează un copil cu convulsiuni şi meningită mortală. Al treilea copil e o fată apatică, indolentă.

Insoţirea endogamică e de mult denunţată ca o cauză de reproducere deficitară, din punctul de vedere al calităţii progeniturii. *Moise* o interzice (Levitic); la Romani *cognatio* constituia un obstacol la căsătorie. Cât despre ştiinţă, aceasta, pe bază de observaţiuni, le-a condamnat încă dela începutul veacului al 17-lea, prin lucrări dintre cari relevăm pe acele ale lui: *Robert Burton* („Anatomy of melancholy“, 1621), *Dugard* (1671), *Fodéré* (1813). *Esquirol* (1816) indică, printre diversele cauze ale nebuniei: *„les mariages contrac-*

tés entre parents, surtout dans les familles où il existe des dispositions héréditaires". Primejdia mai e denunțată de alții ca *Burdach, Ménière, Perrin* (surdo-mutismul copiilor), *Trousseau* (etiologia epilepsiei), *Howe, Mantegazza, Devay* (progenitura, din generație in generație, se degradează tot mai mult).

Consanguinitatea în căsătorie, acolo unde a fost recunoscută de lege sau aceasta n'a pus nici o stavilă unui obiceiu al pământului, s'a tradus întotdeauna prin stigmate de degenerescență. Fără să mai vorbim de neamurile mai vechi (Mezii, Perșii, Egipțienii, Carienii, Parții, Arabii, Hunii, Peruvienii, întrucâtva Atenienii și Spartanii), dar și astăzi avem pilde eloquente de efectele însoțirilor endogamice: degenerarea familiilor princiare și nobile, stigmatele degenerescenței fizice și intelectuale in unele părți izolate ale Elveției (unde se lăfăesc idioția și cretinismul), surdi-mutismul congenital în mare proporție la Colliberts în Poitou (Franța), Cagots în Pirinei, Vaquiecos în Asturia (Spania).

Uniunile endogamice se caracterizează, in genere, prin: absența totală a concepțiunii, o concepțiune tardivă, una imperfectă (avort spontan). Rodul sarcinilor e de regulă: 1) o monstruozitate: 2) o debilitate fizică și intelectuală; 3) copii predispuși la nevroze și boli mintale (epilepsia, imbecilitatea, idioția, surdi-mutismul, paralizia, întreaga gamă a alienației mintale); 4) copii limfatici, predispuși la bolile diatesei scrofulo-tuberculoase; 5) victime în mare proporție ale mortalității infantile ; 6) adolescenți insuficient înarmați spre a putea rezista asaltului bolilor.

Că vor fi și excepții, nu contestăm, — chiar o excepție ca aceea pe care o invoacă *Bourgeois*, partizan al consanguinității (o familie de 416 membri, produs a 91 căsătorii fecunde, dintre cari 16 consanguine suprapuse cu o mortalitate precoce de numai 12%). Excepția nu infirmă regula.

Nici argumentul cu calitățile cailor de curse, așa zișii „craks", produs al împerecherilor endogamice, nu e operant, pentrucă mai intâiu trebue să se știe că produsul acestor monte e crescut cu o îngrijire de laborator, „în vată" ca să întrebuințăm expresia populară; în al doilea loc, la o anumită generație, valoarea cursierului începe să scadă. Și apoi, se mai știe că sistemul acesta de creștere a animalelor „breeding in and in" (exclusiv în familia animalului), aplicat pentru producerea de animale cu schelet mic și carne moale (în vederea îngrășării), la un moment dat începe să dea greș și produce tipuri pipernicite, diforme, improprii la reproducție.

Consanguinitatea în căsătorie trebue prohibită, fără nici o derogare, afară numai de situațiuni delicate (seducerea), când într'adevăr nu există altă soluție decât dispensa legală. Dar această concesiune să nu meargă prea departe, pentrucă altfel ne întoarcem la tolerarea însoţirilor incestuoase, despre cari găsim pilde nu numai în timpurile istorice, dar şi în epoca biblică şi în mitologie.

Abraham frate consanguin al Sarei; Lot bărbatul celor două fiice ale sale; Jupiter fratele Junonei; Osiris fratele soţiei sale Isis; Atila cu fiica sa Isca. Mausol cu sora sa Artemisa; Ptolomeu Evergetul cu sora sa Berenice; frumoasa Cleopatra, succesiv, cu doi fraţi ai ei — Ptolomeu XII şi Ptolomeu XIII; Sysimitres cu mama sa; tatăl cu fica, fiul cu mama, fratele cu sora la Mezi, Sciţi, Tătari; la Perşi copilul ieşit din însoţirea mamei cu fiul se bucura de o deosebită vază religioasă. Până la Mahomed, Arabii se'nsurau cu mama lor; vechii Peruvieni cu mama, surorile şi propriile lor fiice; vechii Germani şi vechii Danezi cu surorile. Cu ocazia unei călătorii in Antile, *Du Tertre* a găsit, într'o insulă, un bărbat trăind maritalmente cu mama, două surori şi propria lui fată.

CAP. IX

ANULAREA CĂSĂTORIEI — DIVORȚUL

O căsătorie se desface, fie pentru călcarea prescripțiilor formale și categorice din cod, deci *în interesul legii,* fie din considerațiuni de imposibilitate de mai departe conviețuire între soți — *interesul personal al unuia sau celuilalt sau chiar al amândurora.* In cazul întâiu, avem anularea căsătoriei, în cazul al doilea, divorțul.

I. NULITATEA

După codul civil, spre a fi validă, căsătoria trebue să întrunească anumite condițiuni privitoare la: 1) vârstă; 2) consimțământul viitorilor soți și acela al ascendenților, tutorilor sau al autorității tutelare; 3) gradul de înrudire (în linie directă și colaterală); 4) starea civilă a viitorilor soți (caz de bigamie oprită de legea civilă și pedepsită de cea penală); 5) văduvă măritată, fără autorizație specială, înainte de expirarea termenului legal de 10 luni; 6) publicitatea cununiei și a preliminariilor ei. — Orice abatere dela dispozițiunile legale constitue un caz de nulitate a căsătoriei.

Acțiunea în anulare a căsătoriei putând fi motivată pe considerațiuni de: vârstă (art. 127—128, 167 c. c.); consimțământul soților (art. 129, 162—163); bigamie (130, 170—171); consimțământul ascendenților sau al autorității tutelare a nevârstnicilor (art. 131—133, 164, 168) sau a copiilor naturali (art. 141); consanguinitate (art. 143—144 și 150); eroare asupra persoanei fizice (art. 162 — 163), publicitatea preliminariilor și a cununiei însăș (art. 173—176 c. c.), — urmează că inițiativa pornirii acțiunii nu se mărginește numai la soții în cauză, la familia sau foștii tutori ai acestora, ci și la ministerul public, ca păzitor al intereselor de ordine publică. Intervențiunea aceasta din oficiu e de altfel formal prescrisă:

Art. 166 c. c. — „Orice căsătorie contractată în contra dispozițiunilor cuprinse în art. 127, 130, 143 și 144 poate fi atacată... *precum și de către ministerul public*".

Art. 172 c. c. — „Procurorul, în toate cazurile cărora s'au aplicat art. 166, însă cu modificările prescrise de art. 167, *poate și e dator să ceară nulitatea căsătoriei* în timpul vieții ambilor soți și condamnarea lor la despărțire.

Deși anulată, căsătoria își produce toate efectele civile în favoarea ambilor soți sau numai a unuia din ei și a copiilor (art. 183—184), iar soțul victimă a dolului celuilalt soț poate cere despăgubiri civile, prin aplicațiunea următoarei dispoziții:

Art. 1162 c. c. — Victima unui delict poate cere o condamnare la despăgubiri civile în contra autorului delictului chiar dacă e minor, dacă instanţa de fond a constatat că a lucrat cu pricepere.

Despre *gradul de înrudire* am vorbit în partea a doua a precedentului capitol: „Consanguinitatea".

1. Vârsta

Prima condiţiune esenţială a validităţii căsătoriei e vârsta soţilor, în momentul contractării însoţirii legale.

Neemancipaţi în prealabil, vârsta minimă e de 18 ani pentru bărbat şi 15 ani pentru femee *(art. 127* c. c.), cu complementul consimţământului ascendenţilor sau al tutelei *(art. 131—133)* până la vârsta de 21 ani.

Condiţiune esenţială, deoarece codul nu recunoaşte validitatea unui angajament contractat de o persoană lipsită de capacitatea legală *(art. 948* c. c.). Notorietatea nu e suficientă pentru stabilirea vârstei, cel puţin după jurisprudenţa constantă a Casaţiei franceze prin interpretarea art. 1316 c. c. fr. *(art. 1170.* c. c. r.) care sună: „Judecătorul nu-şi poate forma convingerea din notorietate publică". Nici jurământul supletoriu nu poate fi deferit minorului incapabil *(art. 1220* c. c.). Dealtfel, şi codul de procedură civilă *(art. 227)* se opune la aceasta: „Nu se poate chema la interogator o persoană incapabilă" *(Cas., S. II.* 1901). „Incapabilul nu poate confirma actul supus anulării decât atunci când a devenit capabil" *(Cas. Rom.* 1891 — interpretarea *art. 1190* c. c.), iar prescrierea acţiunii în anulare începe din ziua încetării incapacităţii (aplicaţiunea *art. 1900* c. c.). Validitatea unei căsătorii contractate de un minor se mai poate ataca şi pe temeiul prezumţiei legale *(art. 1200* c. c.): neavând 21 ani împliniţi, se presupune că n'a fost în stare să-şi dea seama de actul săvârşit — Minorul nu mai poate, pe cale de acţiune rescisorie, să atace validitatea contractului de căsătorie, odată ce l-a ratificat după ce a devenit major *(art. 1163* c. c.)

Acţiunii în nulitate pe tema vârstei nu i se mai poate da curs, dacă femeea — care, în momentul contractării căsătoriei, nu avea etatea cerută — a rămas grea înainte de expirarea termenului de 6 luni înlăuntrul căruia să capete vârsta legală *(art. 167 al. II,* c. c.). — *Constatarea sarcinii intră în atribuţiunile medicului-expert.*

⁂

Din punctul de vedere bio-fiziologic avem de observat că limita inferioară a vârstei e de condamnat.

Sub 20 ani, băiatul nu posedă încă rezistenţa fizică necesară la efectele de debilitare a actului conjugal. Statistica demonstrează că mortalitatea tinerilor însuraţi înainte de 20 ani e de 8 ori mai mare ca aceea a celibatarilor de aceeaş vârstă. După 20 ani, raportul se inversează treptat şi cu paşi repezi în dauna acestora din urmă.

Nici fata de 15 ani, deşi puberă, nu e totuş fiziologiceşte *nubilă*. Nu ajunge să fie aptă de a fi fecundată, ci trebue să aibă şi aptitudinea neştirbită a unei maternităţi normale. E constatat că albuminuria gravidică, intoxicația uremică, eclampsia, hemoragiile sarcinii *sunt apanajul marei majorități a femeilor sub 18 ani*. Riscuri grave survin și în momentul parturiției, pentrucă la o primipară sub 19 ani se remarcă foarte frecvent: *1)* rigiditatea colui uterin; insuficienta energie a contracțiunilor uterine are de efect inerția cu corolarele ei (abundentele hemoragii *post partum*, terenul favorabil pentru instalarea infecțiunii); 2) diametrii pelvieni nu au dimensiunile necesare (13 cm. pentru diametrul transversal) trecerii unui copil la termen normal desvoltat; 3) la 18 ani sunt bine sudate piesele osului iliac, nu însă și epifisele, osificarea complectă nefăcându-se înainte de 19—20 ani.

Deaceea statisticile din toate țările arată că mortalitatea tinerelor femei de 15—20 ani e cu 38—100% mai mare ca aceea a fetelor virgine de aceeaș vârstă.

Nici copilului nu-i priește prea marea tinerețe a mamei, deoarece nu se poate desvolta îndeajuns în cursul vieții intra-uterine, iar copiii ulteriori sunt din ce în ce mai debili.

2. Consimțământul liber manifestat

„Nuptias consensus, non concubitus facit“. — A doua condițiune esențială a validității căsătoriei e aceea a consimțământului liber manifestat de fiecare din cei doi soți, în momentul celebrării cununiei („Nu este căsătorie, când nu este consimțământ“) — *art. 129* c. c. — Consimțământul trebue să fie liber manifestat *(art. 162* c. c.).

Căsătoria fiind un contract bilateral, e firesc ca legea să pretindă fiecăreia din părți să aibă conștiința deplină a îndatoririlor reciproc asumate — să fie *mentis suae compos*. Deaceea, atunci când e vorba de un minor în înțelesul legii penale, aceasta intervine cu sancțiuni aspre, asimilând seducerea, sub orice formă — ademenire ori răpire — cu o violență morală ori fizică exercitată asupra conștiinței și voinței persoanei seduse *(art. 280—282* c. p.). Delictul dispare, însă, atunci când autoritatea părintească sau tutelară a avut dinainte cunoștință și, tacit sau fățiș, a tolerat un timp actul și consecințele ademenirii sau răpirii:

> „In delictul de răpire de minori, proba cum că părinții, sub autoritatea și direcțiunea cărora era supusă fata răpită, aveau cunoștință cu aceasta întreținea relațiuni ilicite și că'și părăsia domiciliul pentru delincvent, face ca delictul să dispară“. — *Cas., S. II*, 25 Sept. 1895.

Absența consimțământului, ca element de validitate a căsătoriei, poate avea ca origine: 1) insuficiența sau chiar lipsa totală a facultății discernământului; 2) sugestiunea streină; 3) violența fizică sau morală.

A. **Insuficienţa naturală a discernământului** e de demonstrat în caz de minoritate, debilitate mintală, imbecilitate.

O speţă interesantă e aceea a căsătoriei contractate de un interzis. E acesta capabil de a se bucura de facultatea discernământului în momentul căsătoriei? După unii *nu*, chiar dacă s-ar invoca existenţa unui interval lucid; după alţii, dimpotrivă, constatarea unui atare interval (adică atunci când, după dreptul roman, individul se află *in suis induciis* sau *per perfectissima intervalla)* actul matrimonial făcut de un interzis e valid.

B. **Captaţiunea doloasă** e o cauză de nulitate, atunci „când se dovedeşte prin fapte pozitive" *(Trib. Ilfov, S. II c. c.* 1897). Proba captaţiunii se poate administra şi prin demonstrarea incapacităţii individului de a rezista unei persistente sugestiuni streine.

C. **Sugestiunea hipnotică.** - Consimţimântul smuls sub imperiul unei sugestiuni hipnotice face inexistentă căsătoria, a cărei anulare poate fi reclamată in orice timp şi de orice persoană calificată, precum şi de ministerul public.

D. **Beţia şi ameţirea voluntară cu stupefiante e o cauză de nulitate.** — *Imbătarea* sau *ameţirea cu stupefiante* provocate de altul sunt asemuite cu dolul, iar consimţimântul e considerat ca inexistent (aplicarea *art. 953* şi *960* c. c.):

1. „Convenţiunea e inexistentă, dacă unul din contractanţi nu are voinţă, fie din cauză de nebunie, fie din orice altă cauză care'i ridică uzul raţiunii şi voinţei in momentul contractării, cum ar fi *beţia*" *(Trib. Dolj,* 1893).

2. „Un om nebun sau unul *beat* cu desăvârşire ori in delir este incapabil de a contracta. Pentru a putea da un consimţământ valid, trebueşte, deşi legea n'o spune, a avea uzul raţiunii sale: *integritas mentis, non corporis sanitas exigenda est*". *(Cas.* 1878).

BIBLIOTECA

E. **Bolile febrile sau mizeria fiziologică** slăbind facultatea discernământului şi anihilând în mai mare sau mai mică măsură puterea voinţii, o căsătorie contractată in atari condiţiuni e susceptibilă de a fi anulată. — Pentru *căsătoria in extremis* legea, sub pedeapsa de nulitate, prescrie indeplinirea formalităţii de a se lua consimţimântul la domiciliul bolnavului.

F. **Orbii şi surdo-muţii.** — Consimţimântul tacit *(art. 953 c. c.)*, adică atunci când nu e dat prin scris ori prin semne neîndoelnice, în ce priveşte expresiunea liberă a voinţei, e inexistent şi totodată se anulează şi convenţia matrimonială *(art. 1231 c. c.)*. Consimţimântul trebuie să fie manifestat în mod extern, pentrucă voinţa care nu se manifestă prin semne externe nu există: *Voluntas in mente retenta non efficit (D. Alexandresco):*

„Consimţimântul se poate manifesta în mod expres prin semne. Astfel, surdo-mutul major şi neinterzis poate manifesta consimţimântul său prin semne chiar intr'un contract solemn, altul bine inţeles decât donaţiunea pentru care se cere asistenţa curatorului". *(Cas.,* 1878).

G. **Violenţa morală** *(şantaj, terorizare)* e o cauză de nulitate *(art. 961*, c. c.):

„Dolul — manoperele frauduloase — trebue să aibă caracterul unei adevărate violenţe morale, exercitată asupra unei persoane, impiedecând limpezimea raţionamentului şi a dreptei judecăţi". *(C. A., S. I. Bucureşti*, 29 Mai 1920).

Ca violenţă morală poate fi invocată şi *tirania părintească.*

H. **Violenţa fizică.** — Intrebuinţarea forţei brutale ori numai ameninţarea cu represalii interesând sănătatea şi viaţa individului viciază esenţial consimţimânul *(art. 955-957, 1091, 1224, 1226* c. c.):

Violenţa e un motiv de nulitate când e de natură a vicia consimţimântul. — *(Cas., S. I*, 4 Iunie 1920).

I. **Alienaţia mintală**, sub toate formele ei, e considerată ca o cauză esenţială de nulitate, atunci când e dovedită prin expertiză ori prin certificat de internare.

1. Dacă se pretinde că o persoană era în stare de demenţă, când a făcut actul, spre a se putea anula pentru lipsă de consimţimânt valabil trebue a se dovedi în mod peremptoriu că în momentul facerii actului, persoana era în stare de smintire de minte, încât n'a putut avea nici voinţă, nici discernământ. Notorietatea demenţei nu e admisă în legislaţia noastră *(C. A. Bucureşti*, 1901).

2. Reclamantul în anulare trebue să dovedească, că persoana *în urmă interzisă* nu se bucura de uzul raţiunii, în momentul facerii actului". *(Trib. Iaşi*, 1909).

3. Curtea de Casaţie italiană (anulând o decizie a Curţii de Apel din Triest, care reformase sentinţa tribunalului de intâia instanţă) a consfinţit teza că şi *impotenţa psichică a unuia din soţi* e o cauză de nulitate, de oarece această stare de inferioritate viciază consimţimântul bolnavului *(Perrando*, 1927).

Pasiunea violentă e asimilată cu o stare de demenţă temporară, capabilă să turbure facultăţile mintale, încât consimţimântul să fie considerat ca inexistent.

Dementul nu poate întări primul consimţimânt viciat, printr'un act de confirmare ulterioară.

Dementului ulterior interzis nu i se poate deferi jurământul, atunci când, în numele lui, se cere anularea căsătoriei: „Jurământul decizoriu nu poate fi deferit interzişilor" *(Cas.* 1872, 1882).

Căsătoria contractată de un alienat într'un interval lucid e validă, însă anulabilă dacă se face dovada că luciditatea era numai aparentă. Şi odată cu însăş căsătoria devine caducă şi convenţia matrimonială *(art. 1231* c. c.).

Nulitatea căsătoriei unui dement interzis se poate cere in interval de 10 ani dela ridicarea interdicţiei *(art. 1900* c. c.):

„Actele făcute de o persoană în stare de demenţă, înainte de pronunţarea interdicţiei, sunt anulabile şi supuse prescripţiei de 10 ani". — *C. A. Bucureşti*, 1901.

Atunci când e vorba de căsătoria unui alienat neinterzis, indiferent dacă ulterior e sau nu internat, termenul de prescripţiune e de 30 ani dela contractarea căsătoriei.

⁂

Un angajament de căsătorie făcut in scris de un dement, de un interzis sau de un minor, nu poate da loc la despăgubiri civile (prin prejudiciul moral pricinuit — *art. 998, c. c.*).

„Scrisori emanate de la un incapabil, în timpul incapacităţii sale, nu pot fi opuse ca început de probă în înţelesul art. 1206 c. c.". — *C. A. Bucureşti*, 1885.

Dimpotrivă, minorul, interzisul, dementul poate exercita acţiunea în anulare *(art. 1091)* a angajamentului matrimonial luat în scris. Astfel că, dovedindu-se ulterior absenţa discernământului în momentul asumării obligaţiunii, însăş autoritatea lucrului judecat pronunţată în contra incapabilului poate fi reformată *(art. 1201* c. c.)

J. **Consimţimântul monştrilor dubli.** — E o speţă foarte curioasă a cărei soluţiune n'o găsim în nici una din dispoziţiile codului civil, relative la căsătorie. — 1. In ipoteza unui monstru dublu feminin, soţul uneia din cele două surori ar fi un bigam legal. Monstrul fiind masculin, soţia unuia din cei doi fraţi ar avea de fapt doi bărbaţi. — 2. Dacă una din jumătăţile monstrului dublu refuză consimţimântul, actul conjugal nu poate fi consumat decât prin violentarea morală şi chiar una fizică a individului, de vreme ce, fără voia lui şi indirect, e obligat să participe la zisul act.

5. Calităţile fizice ale persoanei

Nu e validă căsătoria „dacă a urmat eroare asupra persoanei fizice", dar validitatea „se poate ataca numai de către acela din soţi care a fost amăgit" *(art. 162, al. II* c. c.). Dar, pentru invocarea acestui motiv de anulare, legea fixează un termen înăuntrul căruia tribunalul poate să-l ia în cercetare: „Cererea de anulare nu se poate primi, dacă a urmat o împreună vieţuire în timp de 6 luni, care se vor socoti decând soţul a dobândit deplina sa libertate, sau decând a recunoscut eroarea". Urmează dar că termenul de 6 luni nu curge numai decât din ziua contractării căsătoriei, ci din momentul în care soţul a observat eroarea, constatarea putându-se face mult mai târziu, atunci când, pentru o cauză sau alta, cohabitarea de fapt a suferit o întârziere.

Prin „eroare asupra persoanei fizice" legiuitorul n'a putut înţelege numai cazul de substituire, pentrucă ar fi absurd: căsătoria fiind înconjurată cu atâtea garanţii de publicitate şi cu formalitatea finală a înregistrării consimţimântului, nu e de conceput ca bărbatul *A* sau femeea *B* să se plângă ulterior că n'a ştiut, n'a auzit, n'a văzut pe cine ia. (Numai orbul ar putea fi admis să vie cu o atare plângere, atunci când ar putea face dovada cu martori că în adevăr a fost o substituire de persoană). Deaceea socotim puerilă interpretarea pe care, în repeţite rânduri, tribunalele noastre au dat-o expresiunii „persoana fizică".

Noţiunea „fizică" e un complex de însuşiri cari caracterizează o persoană, îi dau o individualitate fizică determinată. Caracterele esențiale ale sexului sunt atribute de ordin fizic. Funcțiunea fiziologică normală a organelor genitale e o caracteristică a persoanei fizice. O infirmitate, ascunsă până la nuntă și ulterior descoperită de soțul înșelat, constitue o parte integrantă a persoanei fizice: așa ar fi un viciu de conformațiune, congenital sau dobândit (hermafrodism, surzenie, absența unui ochiu și înlocuirea lui cu unul de sticlă, elefantiasis genital, un defect oarecare de natură a inspira repulsiune). O boală venerică gravă, a cărei îngrijire ar reclama un timp mai îndelungat, constitue o „eroare asupra persoanei fizice", cu agravanta contaminării certe. Epilepsia e și ea o însușire a persoanei fizice, după cum ar fi și tuberculoza, alcoolismul cronic, lepra. — Altfel ar fi să ne'nchinăm înaintea prescripției dogmatice a dreptului canonic catolic: *„Quod Deus conjunxit homo non separet"*, iar prin extensiune n'ar mai trebui să fie motiv de anulare nici în cazurile privitoare la vârstă, consimțământ, consanguinitate și bigamie.

A. Hermafrodismul

E o cauză de nulitate, atunci când există similitudine de sex sau acesta e indecis, adică individul nu e nici complect bărbat nici complect femee.

B. Absența virginității

Nu mergem până acolo ca să ne'nsușim argumentul tras din aforismul *„Prima Venus debet esse cruenta"*, pentrucă, după cum am arătat, nici hemoragia himenală nici prezența rupturilor membranei nu sunt o dovadă peremptorie de preexistența unei desvirginări.

C. Sarcină anterioară căsătoriei

Stabilirea medico-legală a existenței unor semne neîndoioase de sarcină e o cauză de nulitate, după cum de altfel e și o justificare a tăgadei paternității *(Vezi capitolul „Tăgada paternității"*, Vol. II, pag. 44).

D. Impotentia coeundi

Numai atunci când se constată că e accidentală, temporară, cu perspectivă sigură de restabilire a funcțiunii normale (la bărbat sau la femee) impotentia coeundi nu e cauză de nulitate. Dimpotrivă, e anulabilă căsătoria, atunci când această impotență e absolută și definitivă: *„Nullum est autem matrimonium inter eos qui nequeunt consommare eo acto quo ex se esset possibilis generatio. Ut autem impotentia dirimet matrimonium debet esse perpetua et antecedens"* (Ligorio: „Theologia moralis" 1822).

Impotentia coeundi, am spus, e o cauză dirimantă a căsătoriei, indiferent dacă defectul e al bărbatului sau al femeii. A condamna, în atare împrejurare, pe soți la o legătură vecinică, ar fi și inuman și imoral:

Trib. Lille (1900) a pronunțat nulitatea iar Curtea de Apel din Douai (1901) a confirmat-o, in cazul unei femei cu un accentuat viciu de conformație a genitalelor. Din considerentele deciziei de confirmare extragem:

(Neanulând)... „rezultatul ar fi să se mențină X în legăturile unei căsătorii în care n'ar găsi nici satisfacția nevoilor sexuale, nici legitima speranță de a putea să-și reverse dragostea asupra progeniturii sale, nici năzuința de a asigura continuitatea personalității sale in această descendență.

„Din punctul de vedere al moralei și al moravurilor, legislatorul n'a putut o clipă măcar să se gândească la a prescrie menținerea unei însoțiri în care n'ar putea exista între soți decât raporturi imorale sau chiar contra-naturii.

„Nu poate fi considerată ca aparținând sexului feminin făptura umană, care nu posedă decât conformația exterioară și accesorie a sexului lipsindu-i însă organele constitutive ale acestuia".

Dar *impotenția coeundi* e recunoscută, pe baza unei expertize medicale, ca motiv de anulare și în codul Calimach:

Art. 86. — Acea de apururea neputință spre implinirea căsătoreștei datorii este o legiuită oprire a însoțirei, dacă a fost încă din vremea alcătuirii căsătoriei

Art. 116 — Fiind pricină pentru cea de mai inainte sau și in vremea căsătoriei de apururea vădită slăbiciune spre împlinirea căsătoreștei datorii, trebue a se dovedi în ce fel este, *prin mărturie de bărbați ispitiți întru aceste, precum sunt doctorii și hirurgii* cum, cerând trebuința și prin mărturia moașelor"

Și dreptul roman consideră impotența ca motiv de nulitate, caracterizând pe bărbatul impotent ca unul *„qui virilitatem amiserat, cui tam necessaria pars corporis penitus absit"*.

Codul civil austriac *(art. 60, 99, 100, 101)* și cel german *(art. 1333)* anulează căsătoria pe motiv de impotență.

E. Sterilitatea

Cauză de nulitate, indiferent de e imputabilă bărbatului sau femeii. Proba se poate administra în orice timp, pentrucă, după *art. 163* c. c., termenul de 6 luni curge din ziua „de când (soțul amăgit) a recunoscut eroarea". Expertiza medicală, în urma examenului ambilor soți, va hotărî de partea cui e sterilitatea. In cazul când amândoi sunt sterili, nu există interes de anulare, și unul și altul fiind improprii procreării.

Nepronunțându-se anularea în toate celelalte cazuri, s'ar da o primă de încurajare imoralității și fraudei:

a) Soțul steril s-ar vedea atribuindu-i-se paternitatea unui copil adulterin *(is pater est quem nuptiae demonstrant)*.

b) Femeea fiind sterilă, soțul potent ar fi obligat la asumarea paternității unui copil substituit, femeea simulând sarcina sau invocând o ușurare în absența prelungită a bărbatului.

II. OPOZIȚIA

Opoziția la căsătorie, conform art. 74 din noua „Lege privitoare la actele stării civile" se poate face de oricare persoană sau autoritate tutelară, îndrituite prin codul civil de a cere anularea „intemeindu-se pe neîndeplinirea oricăreia din condițiunile de fond ale căsătoriei" — deci oricare din motivele de anulare mai sus examinate.

* * *

Atât opoziția cât și acțiunea în anulare au deobiceiu la bază motive de alienație mintală, — demența precoce, paralizia progresivă, demența senilă, paranoia, ca specii mai frecvente. Pentru expert chestiunea esențială e aceea a identificării intervalului lucid al bolnavului, în momentul contractării căsătoriei *(în acțiunea în anulare)* sau epoca la care și-a manifestat voința hotărîtă de a se căsători *(opoziția)*. Deaceea e bine ca medicul să știe că intensitatea și durata intervalului lucid variază cu forma sub care se manifestă desechilibrul mintal.

Așa, în *demența precoce*, de exemplu, nu se notează niciodată o completă dispariție temporară a simptomelor bolii, — deci nici de existența unui perfect interval lucid nu poate fi vorba. — *In paralizia progresivă*, luciditatea temporară variază ca durată, după însăș intensitatea tratamentului: foarte scurt la unii, intervalul lucid, la alții, poate fi dimpotrivă foarte lung (chiar câțiva ani). — In *mania depresivă* durata intervalului lucid e mare; în schimb această durată e mică *în formele de evoluție periodică sau circulară a turburărilor mintale*. — In *demența senilă* punerea diagnosticului și facerea prognosticului reclamă o deosebită pricepere și experiență, pentrucă nu odată se vede un dement senil comportându-se, în realizarea proectului său de căsătorie, ca un om aproape perfect sănătos.

III. DIVORȚUL

> *„Căsătoria e o cetățue asediată: acei cari sunt afară vor să pătrundă în interior, iar acei cari se află înăuntru, vor să iasă".* (Proverb chinezesc)

Oricare din soți poate cere divorțul, numai cu condițiunea să fie în deplina posesiune a facultăților sale mintale. După *Alexandresco*, chiar un interzis, atunci când se află într'un interval lucid mai lung, poate introduce acțiunea de despărțenie.

In ordinea in care sunt inscrise in codul civil motivele de divorţ sunt: 1. adulterul *(art. 211)*; 2. escese, cruzimi sau insulte grave *(art. 212)*, violenţe, asprime sau injurii grave *(art. 212)*; 3. consimţimântul mutual pe motiv că „viaţa în comun le este nesuferită" *(art. 214)*; 4. acte prin cari unul din soţi „a vrăjmăşit viaţa celuilalt soţ" *(art. 215)*.

Orice motiv de divorţ trebue să fie preexistent introducerii acţiunii: „O acţiune de divorţ nu poate să se intemeieze pe cauze ce s'au produs în urma introducerii ei" *(C. A., S. I, Iaşi*, 1922).

1. Adulterul

Proba medico-legală a adulterului se administrează în două ocaziuni: *a)* în caz de flagrant-delict; *b)* în orice altă fază a acţiunii în desfacere a căsătoriei.

A. Flagrant-delict

a) Soţul sau soţia vinovată putând tăgădui natura raporturilor cu complicea sau complicele său, expertul poate demonstra consumarea delictului, dacă părtaşii la actul incriminat îi sunt puşi la dispoziţie in astfel de condiţiuni de timp şi spaţiu, ca ei să nu fi avut putinţa de a şterge urmele faptei. Va proceda la examinarea femeii şi a bărbatului întocmai ca în caz de atentat la pudoare *(Vezi capitolul: „Diagnosticul atentatului la pudoare"*, Vol. II).

b) Dacă nu are putinţa acestui examen neintârziat (atunci când e vorba de soţia adulteră), expertul va examina pe soţ şi, găsindu-l pe acesta în stare de imposibilitate fizică (impotenţă temporară din cauză de boală, accident, etc.), va aştepta epoca apariţiei primelor semne ale sarcinii, la femeea bănuită, când va proceda şi la examinarea acesteia.

B. După introducerea acţiunii de divorţ

Dovada medico-legală a adulterului o constituie:

a) **Pentru femee.** — 1. *Sarcina*, în caz de imposibilitate neîndoioasă pentru soţ de a fi autorul zămislirii (impotenţă caracterizată, chiar numai temporară; boală gravă excluzând posibilitatea îndeplinirii actului conjugal; absenţa soţului la epoca aproximativă a concepţiunii).

2. *Naşterea unui copil* in termenele cari permit bărbatului tăgada paternităţii *(art. 286* c. c. — *Vezi capitolul „Tăgada paternităţii"*, vol. II).

3. *Asemănarea copilului cu complicele dovedit sau numai bănuit* (Vezi „Tăgada paternităţii"). Asemănarea aceasta poate da loc la o cauză de eroare, în primul an al căsniciei, atunci când soţia bănuită nu mai era fecioară în momentul căsătoriei (soţul ştiind c'a luat fie o văduvă, fie o femee care mai înainte a trăit maritalmente cu altul sau cu alţii). In cazul acesta semnele de asemănare

cu complicele prezumat se pot explica, printr'o impregnare anterioară căsătoriei, — impregnare oprită in primele săptămâni ale convieţuirii legitime printr'un avort (fruct al raporturilor legitime, deci o superfetaţiune ratată) luat drept o menstruaţie neregulată, o hemoragie uterină, după care prima concepţiune (cea anterioară căsătoriei) şi-a reluat desvoltarea firească.

4. *Constatarea unei boli venerice.* — Expertul va stabili: *a)* dacă aceeaş infecţiune nu există şi la soţul legitim; *b)* dacă infecţiunea există şi la complicele prezumat; *c)* dacă apariţia primelor stigmate coincide cu epoca indicată a fi aceea a consumării adulterului; *d)* dacă infecţiunea nu e în realitate decât trezirea subită (dintr'o cauză extrinsecă sau intrinsecă) a unei vechi diateze a femeii.

* * *

Sarcina (cu eventuala naştere) şi infecţiunea venerică pot fi datorite unei împrejurări independente de voinţa femeii, atunci când aceasta, într'una din condiţiunile expuse la capitolul „Atentatul la pudoare", a fost victima unui atare atentat.

In expertiza medico-legală se poate ivi împrejurarea ca naşterea, deşi mărturisită de femee ca rod al unei legături adulterine, să fie în realitate legitimă *(auto-acuzarea în perioada delirului puerperal)*. Edificator e următorul caz citat de *Morache:* O tânără femee (măritată de 6 ani) naşte şi, după câteva zile, declară soţului că nu e el tatăl copilului. Trec iar câteva zile şi femeea revine asupra grozavei mărturisiri. Soţul cere divorţul, care-i e acordat de Trib. Auxerre. Femeea face apel şi Curtea din Paris, pe baza expertizei care demonstrează că, în momentul auto-acuzaţiei, femeea se găsia în plină criză a delirului puerperal, reformează sentinţa.

b) **Pentru bărbat.** — Proba adulterului se face prin constatarea unei *infecţiuni venerice* recente, deci care n'a existat înainte de introducerea acţiunii de divorţ nici chiar sub forma unei dateze vechi, ulterior redeşteptată.

c) Raporturile homo-sexuale ale unuia sau celuilalt soţ (soţul cu un alt bărbat, soţia cu o altă femee) nu constitue adulterul. Ar putea totuş fi o cauză de divorţ, dacă raporturile acestea au îmbrăcat caracterul unui ultraj public contra pudoarei. In acest caz divorţul poate fi cerut pe motiv de insultă gravă *(art. 212 c. c.)*, iar expertul poate fi chemat să examineze pe soţul vinovat şi pe complicele său.

* * *

Adulterul, în afară de sancţiunea civilă a despărţeniei, are şi una penală pentru soţul vinovat şi complicele său — *art. 269* c. p.

Flagrantul-delict de adulter, consumat la domiciliul conjugal, e un motiv de scuză legală a omorului săvârşit de soţul înşelat asupra complicelui acestuia — *art. 253 c. p.*

Soţul înşelat poate cere şi despăgubiri civile, prin aplicarea *art. 998 c. c.* (In vechime şi în evul-mediu, adulterul era pedepsit cu moartea femeii vinovate şi a complicelui ei. La Hinduşi, legea lui Manu porunceşte ca femeea să fie mâncată de câini, iar complicele ars de viu pe un pat de fier aşezat deasupra unui rug).

2. Escese (violenţe), cruzimi, injurii grave

Inainte de a defini fiecare din aceste motive ţinem să arătăm că, in aplicarea *art. 212 c. c.*, expertiza medico-legală are un vast câmp de investigaţiune, după cum reiese din următoarea jurisprudenţă a instanţei noastre supreme:

„*Termenii prin cari legea determină cauzele de divorţ sunt* generali, *şi astfel nici unul din faptele pe cari aceşti termeni le* cuprind nu scapă de previziunile ei, afară numai când judecătorul fondului va aprecia, după diferite circumstări, că fapta pusă în judecata sa nu poate constitui veriuna din acele cauze" *(Cas., S. II, 16* Oct. 1871).

Curtea de Casaţie statornicind că sferele noţiunilor de *escese* (violenţe), *cruzimi, injurii grave* nu se opresc decât la o anumită margine ce judecătorul fondului e suveran s'o fixeze, urmează că în primul loc e misiunea expertului de a lumina justiţia asupra valorii faptului medical invocat de soţul care cere divorţul.

a. Escese-Violenţe

Definiţia ne-o dă o decizie a Curţii de Apel din Bucureşti (1911):

„Prin cuvântul *escese*, cuprins în art. 212 c. c., legiuitorul a voit a înţelege orice *acte de vrăjmăşie*, de *violenţă*, de *furie* sau de *asprime*, cari întrec orice măsură şi cari pot pune în primejdie sănătatea sau viaţa unuia din soţi".

1. **Lovirea, rănirea** cu urmele constatate şi cu indicarea gravităţii (consecinţele actuale şi complicaţiunile eventuale). Felul de procedare a expertului l-am expus în vol. I. *(„Expertizele" — „Persoana vie"*, pag. 333—337).

2. **Sechestrarea, internarea abuzivă într'o casă de sănătate, provocarea mizeriei fiziologice** — act de vrăjmăşie.

3. **Alcoolismul cronic** — cauză de acte de violenţă, de furie, de vrăjmăşie.

4. **Disproporţie între penis şi căile genitale ale femeii:** exerciţiul dreptului marital implică pentru femee o gravă primejduire a sănătăţii şi chiar a vieţii.

5. **Priapismul** — cauză de periclitare a sănătăţii femeii, precum nimfomania e o primejdie pentru bărbat.

6. **Sadismul** („Si les caresses du mari ont un caractère de violences, elles peuvent motiver la séparation" — C. A. *Rennes*, 1891).

7. **Masturbaţia, fetişismul, masoşismul** pot deasemenea consti-

tui un motiv valabil de divorț — căsătoria nepresupunând decât raporturi sexuale normale.

8. **Sodomia conjugală.** — Obligarea femeii la raportul pederastic, la coitul bucal, la cunnilingus e un esces caracterizat, pentrucă legea nu impune soției decât o cohabitare normală, iar nu și un act care *„adversatur fini naturali hujus copulae qui prolis est generatio; nec uxor ad similem copulam, sed ad solam copulam legitimam uxor est; vir non habet potestatem in uxoris corpus, ad quemquem usum, sed ad solum uxorium et legitimum"* (Sanchez: „De sancto matrimonii sacramento").

Deaceea sodomia conjugală, chiar fără elementul agravant al violenței fizice, ci numai prin abuzul de ignoranța ori timiditatea femeii e calificat *atentat la pudoare* și pedepsit ca atare:

I. Tribunalul Senei (1880) și C. A. Paris (1881) au declarat că pederastia constitue un atentat la pudoarea soției; soțul, abuzând de naivitatea femeii, a convins-o pe aceasta că raportul sexual normal e coitul anal.

II. Curtea cu jurați din Paris (1830) a condamnat pentru atentat la pudoare cu violență pe soțul care a practicat coitul anal. Iar Curtea de Casație a respins recursul, în urma unui neindurător rechizitoriu al procurorului general Dupin, care a încheiat cu aceste cuvinte: *„Si la pudeur de la femme mariée n'est pas la pudeur d'une vierge, ce n'est pas une raison pour de la femme mariée conserve une pudeur qui lui est propre et qui ne mérite pas moins d'être respectée"*. — De atunci, jurisprudența aceasta a rămas constantă în Franța.

Dar și la noi, art. 217 c. c. statuând că „dacă vreuna din faptele imputate de soțul care cere desfacerea căsătoriei va fi de natură a da loc urmăririi criminale din partea ministerului public, acțiunea despărțeniei se va suspenda până ce se va da hotărîrea Curții cu jurați", — urmează că soțul poate face obiectul unei urmăriri și eventuale condamnări pentru sadism, pederastie, coit bucal. Aceste acte, conform *art. 263* c. p., sunt considerate ca atentate la pudoare săvârșite cu violență și deferite Curții cu jurați, de oarece bărbatul intră în categoria persoanelor cari exercită o autoritate asupra femeii.

9. **Transmisiunea unei boli venerice**, chiar atunci când nu se poate face dovada adulterului (un sifilis preexistent, dar *tăinuit* de soțul infectat în momentul căsătoriei și care, abea după trecere de vreme mai mult sau mai puțin îndelungată, se trezește).

I. Casația franceză (16 Februarie 1908) admite contaminarea sifilitică drept motiv de divorț, atunci când soțul știa că e atins de această boală și-i cunoștea natura contagioasă.

II. După noul cod penal spaniol „contaminarea între soți e urmărită de justiție la cererea părții contagiate", iar pedeapsa e dela 2 luni și o zi la 1 an închisoare și amendă.

Și cum să nu pronunți divorțul, când însoțirea cu un sifilitic poate duce la o catastrofă fizică și morală ca aceea a cazului raportat de *Balhazard:*

Un farmacist din împrejurimile Parisului își dă fata după un moșier care, a doua zi după nuntă, dispare, luând cu el zestrea, iar în schimb îi lasă femeii o scurgere blenoragică, o contagiune sifilitică, pediculi pubis și o sarcină a cărei ușurare se traduce printr'un copil eredo-sifilitic. Soțul a murit, după doi ani, de sifilis nervos; nu mult după aceea a murit și femeea de o complicație a sifilisului hepatic.

b. Cruzimi. — Injurie gravă

1. Impotența constitue o cruzime față de soțul potent:

I. „Când o femee e lipsită de unul din avantagiile principale ce oferă căsătoria, coabitațiunea (facerea de copii), ea e supusă unei suferințe continue, mult mai mare decât alte suferințe ce ar fi efectul unor alte cruzimi sau escese, ori injurii". *(Cas., S. II, 1871).*

II. „Impotența trebue privită ca o tortură fizică și morală, ca o cruzime la care expune pe soțul apt". *(Trib. Covurlui,* 1899).

III. „Neputința unuia din soți, parțială sau totală, temporară sau perpetuă, ascunsă sau manifestă, deși nu e prevăzută în codul civil, e o cauză de divorț — cruzime față de soțul apt, expus din partea celui neputincios la turmente și suferințe morale și trupești și chiar la adevărate brutalități" *(Trib. Iași,* 1890).

Unele instanțe de fond au încercat să facă un *distinguo:* motiv de divorț numai atunci când impotența e anterioară căsătoriei *(C. A. Galați* — 1901, *C. A. București* — 1901, *Trib. Teleorman* — 1901). Dar li s-a opus jurisprudența Casației, care statornicește că neputința trupească e o cauză cuprinsă în termenii generici ai motivelor de divorț:

...„*Deci violează art. 212 c. c. Curtea care respinge cererea de divorț, pe motivul că, după interpretațiunea ce face într'un sens general articolului 212, crede că* **neputința bărbatului** *nu intră în nici unul din cazurile determinate de lege*". *(Cas., S. II,* 16 Oct. 1871).

Impotența, ca motiv de divorț, e admisă și în dreptul roman (din inițiativa lui Justinian). In evul-mediu, „proba congresului" hotăria de temeinicia plângerii femeii („*Volo esse mater, volo procreare libros, sed vir quem accepi est naturae frigidae et non potest illud facere propter quo illum accepi*"). — Codul civil german *(art. 1333)* desemnează indirect impotența, atunci când edictează că „divorțul poate fi cerut de acela dintre soți care, contractând insoțirea, a făcut eroare de persoană sau de cutare *particularitate* care, de a fi fost cunoscută de el, l'ar fi impiedicat de a contracta căsătoria".

Drept argument în sprijinul alegațiunii de impotență a bărbatului, femeea invoacă adesea virginitatea ei intactă. Am văzut, însă („Atentatele la pudoare — coit cu himen intact") că din starea membranei nupțiale nu se poate trage o concluzie dirimantă. Nici chiar vaginismul nu poate fi invocat drept o dovadă a imposibilității raportului sexual, pentrucă intromisiunea e realizabilă, atunci când soțul procede cu oarecare delicatețe, atenuând acuitatea durerilor, îndeosebi când himenul e de o conformație complezantă. — Soțul, din contră, ar putea cere divorțul pe motiv de imposibilitate a desvirginării, din cauza unei conformații anormale a organelor genitale, — conformație nesusceptibilă de ameliorare pe cale de intervențiune chirurgicală.

In practica noastră medico-legală am avut de foarte multe ori prilejul de a constata atari anomalii constituționale: în ciuda repetatelor încercări ale bărbatului, copulațiunea n'a putut avea loc și astfel femeea a rămas virgină. Singur medicul-expert desemnat de justiție are calitatea de a atesta imposibilitatea fizică a cohabitării iar certificatul are putere probatorie întru susținerea acțiunii de despărțenie introdusă de soț.

Impotența figurează printre cauzele de divorț determinate de lege în Bulgaria, Grecia, Italia, Noua-Zelandă. Uniunea Africii-de-Sud. — Codul civil austriac *(art. 109)* și cel german *(art. 1568)* admit impotența ca motiv legal al separațiunii de corp care, în definitiv, nu e decât un divorț deghizat (după un anumit termen separațiunea aceasta putând fi transformată, într'una definitivă, cu toate efectele ei civile). Separațiunea de corp există și in Franța, dar la noi ea nu poate fi acordată nici chiar streinilor căsătoriți sub imperiul legii din țara respectivă, unde această formă de divorț temporar e codificată.

Prin impotență nu se înțelege numai inexistența raportului sexual, ci și *sterilitatea* (femeii sau bărbatului). „Proba congresului" nu era concludentă dacă bărbatul se dovedea apt pentru actul coital, ci în afară de realitatea intromisiunii penisului, se mai cerceta *„an fuisset emissio"* (chestiunea aspermatismului), *ubi* (chestiunea dispermatismului) *quid et quale emissum* (calitatea lichidului seminal: absența eventuală a spermatozoizilor). — Lipsa uterului (organul de fecundare și de gestațiune), hotărăște o decizie a Curței italiene, e un motiv de divorț.

Hermafrodismul pronunțat implicând în genere impotența, această malformațiune a aparatului genital e o cauză de divorț, atunci când ea n'a fost admisă ca una de nulitate.

2. Cruzime mai e și **frigiditatea, coitul intrerupt sau refuzul permanent al femeii** de a se achita de *debitum conjugale* (fără un motiv binecuvântat), după cum tot cruzime e și **neglijarea femeii de către soț.**

In jurisprudența franceză această atitudine a bărbatului e calificată injurie gravă („Le mépris ou l'indifférence du mari peut constituer une injure grave". (Curțile de Apel din *Metz* — 1869. *Bordeaux* — 1870, *Aix* — 1876). — In acelaș sens se rostește și Curtea de Apel din București: „Când din *atitudinea* soților și din împrejurările cauzei rezultă că viața în comun a devenit imposibilă, urmează a se pronunța divorțul" *(C. A. București*, 1919).

3. Cruzime poate fi considerată și impunerea raportului sexual din partea soțului atins de o **boală de piele respingătoare cronică.**

4. **Boală generală gravă a unuia din soți.** — Nu numai e o cruzime, din partea soțului bolnav, de a impune actul conjugal soțului sănătos, dar e și în interesul societății de a nu se periclita vitalitatea progeniturii. Considerațiunea de apărare a sănătății soțului indemn și preocuparea de a se asigura societății generații cu vigoare

trupească şi sufletească se oglindeşte în proectul de lege din iniţiativă parlamentară (depus, pe biuroul Camerei franceze de deputatul Boussenot), pentru lărgirea cadrului motivelor de divorţ.

Edictând că „soţii îşi datoresc unul altuia credinţă, sprijin şi ajutor" *(art. 194 c. c.)*, legiuitorul n'a putut înţelege să transforme căminul conjugal într'o baracă de lazaret, iar pe soţi în infirmieri pe viaţă. Şi cu atât mai puţin a putut înţelege ca, prin intangibilitatea legăturii căsătoriei, să înzestreze societatea cu un contingent de copii meniţi decrepitudinii şi morţii.

5. **Nevrozele.** — Tăinuirea lor, dacă n'a format obiect de cerere în nulitate, poate oricând constitui un motiv legal de divorţ, pentrucă e a supune pe soţul sănătos la un traiu de cruzimi morale (uneori şi la acte de violenţă), obligându-l la o convieţuire permanentă cu un nevrozat.

a. **Epilepsia.** — Nu numai consideraţiunea morală a fenomenelor epileptoide, dar şi primejdia fizică pentru soţul indemn şi copii îndreptăţesc divorţul Victimele crimelor comise de epileptici sunt în genere soţia şi copiii. (Epilepticul, pradă a unor halucinaţii senzoriale, sclav al unei obsesiuni, sub imperiul impulsiunii subite, tiranice, loveşte, sugrumă pe cei cari în acel moment se găsesc în preajma lui). — *Idioţia epileptică, perioadele de delir* (alienaţie transitorie) justifică divorţul.

b) **Histeria.** — mai frecventă la femee — dacă nu se manifestă prin accese de violenţă, îmbracă forma nimfomaniei acute. Şi atunci bolnava are, *inconştient*, raporturi adulterine: starea aceasta de inconştienţă înlătură *adulterul* ca motiv de divorţ, dar despărţenia poate fi pronunţată pentru *injuria gravă adusă soţului*.

Literatura medico-legală abundă în exemple de crime şi de adulter la activul histeriei:

I. O femee măritată întâlneşte din întâmplare un student, face cunoştinţa lui; acesta, în glumă, îi propune să-l însoţească. Histerica se duce cu el la gară, se urcă în tren şi rămâne cu dânsul timp de câteva zile, după care studentul o sfătueşte să se 'ntoarcă acasă, deoarece el a luat acceptarea ei drept un capriciu, după cum capriciu fusese şi din partea lui. Furioasă, histerica pleacă, dar îl pândeşte în stradă şi descarcă în el un revolver cu care se înarmase *(Moruche)*.

II. Dacă soţul îi face imputări, tot histerica e aceea care se consideră jignită şi insultă, loveşte pe bărbatul ultragiat în cinstea conjugală, îi face viaţa amară. Deşi, de regulă histerica ameninţă cu sinuciderea, dar cu adevărat desperarea încolţeşte în sufletul bărbatului: *„La femme hystérique menace de se suicider, mais c'est son mari qui se tue"* (Lasègue).

III. Histerica e răsbunătoare contra soţului care nu'i tolerează viaţa dezordonată — şi atunci inventează delicte şi crime pe seama nenorocitului. 1. O histerică acuză pe soţul ei de omor, cu transportarea în ascuns a cadavrului. Instrucţia ordonă o serie de desgropări în locurile indicate de histerică, până se dovedeşte minciuna. — 2. O doamnă din înaltă societate spaniolă, din răsbunare c'a fost internată, formulează o serie de acuzaţiuni teribile împotriva soţului, a fratelui ei şi acelor trei medici cari au conchis la necesitatea izolării histericei. Acuzaţiunea e atât de meşteşugit clădită, că toţi prevenţii sunt condamnaţi la pedepse variind între 18 şi 20 ani. Societatea medico-patologică intervine: o consultaţiune, semnată de Loiseau, Legrand du Saulle şi Brière de

Boismont, stabileşte în chip neîndoios *nebunia histerica* a femeii şi numai astfel se obţine revizuirea şi reabilitarea celor cinci victime ale histericei. — 3. O histerică — atinsă de mania erotică — e internată în urma cererii soţului. Liberată, se răsbună printr'o campanie de defăimare care se'nchee prin îndepărtarea soţului dintr'un înalt post administrativ. Soţul se sinucide, iar histerica e în urmă definitiv închisă ca alienată incurabilă *(Morache)*.

6. **Alienaţia mintală**, neindicată ca atare în art. 212, se cuprinde totuş în termenii generali: escese, violenţă, cruzimi, injurii grave, cu toate că, după unii comentatori, „alienaţia mintală n'ar putea fi motiv de divorţ decât în cazul când ea e datorită alcoolismului sau stupefiantelor". O astfel de interpretare e o adevărata aberaţiune: admiţi divorţul atunci când poţi face soţului o culpă din provocarea voluntară (conştientă ori inconştientă) a alienaţiei; nu-l admiţi, atunci când boala e consecinţa unei infecţiuni sifilitice sau desnodământul unui proces patologic ereditar!... Legiuitorul n'a înţeles să facă din soţul sănătos un gardian de balamuc, nici să-l osândească de a-şi lăsa numele şi averea unei progenituri degenerate. Dar alienaţia mintală ca motiv de divorţ e formal indicată în codul civil german, bulgar, danez, grec, italian, suedez, elveţian, ceho-slovac, sud-african, monegasc.

In Franţa tribunalele acordă divorţul pe motiv de alienaţie mintală, dar numai pe cale tangenţială, adică reţinând efectele cauzei: lovire, atentat la viaţă, traiu destrăbălat, adulter. Două pilde spicuite în jurisprudenţa franceză, prin care se consfinţeşte ceeace am putea numi hipocrizie legală:

a) „Considerând că *fără a fi nevoit să aprofundeze dacă*, înainte şi după aceste cruzimi şi chiar în momentul în care ele au fost executate, *judecata lui B. a fost intactă*, tribunalul nu poate să nu recunoască faptul că *natura şi cauza acestor cruzimi* trebue să înlăture orice idee de *siguranţă suficientă pentru doamna B. în viaţa comună cu soţul ei şi deci fac imposibilă cohabitarea cu el*". *(C. Paris*, 1828).

b) Curtea de Apel din Paris (1880) acordă separaţiunea de corp şi de bunuri, pe motiv că *„alienatul*, comiţând actul pentru care se cere despărţenia, după liberarea lui din balamuc, *era conştient şi deci responsabil de faptele sale*".

Pentru înlăturarea acestei casuistice, s-a pornit în Franţa, din iniţiativa parlamentară, o acţiune de înscriere a alienaţiei mintale printre motivele esenţiale de divorţ. (Proectele de lege succesiv depuse de Cruppi, Maurice Violette, Maurice Colin şi, mai recent (1925), Palmade-Andrée Hesse). După proectul depus de aceştia din urmă, divorţul urmează să fie pronunţat, dacă alienaţia mintală, de o durată de cel puţin 3 ani confirmată prin certificat de internare, e dovedită incurabilă. Vom observa că incurabilitatea nu poate fi un criteriu, pentrucă s-au văzut cazuri de paranoia vindecată după 5, 10, 15 şi chiar 20 ani. *Wagner-Jauregg* a observat vindecarea unei psichoze (grupa mania depresivă) abea după 7 ani. Termenul de 3 ani — care există şi în legislaţia germană — e mai mult ca suficient, pentrucă altfel ar însemna să osândeşti soţul sănătos la o tortură fără sfârşit, invocându-se probabilitatea unei restabiliri după un nedefinit număr de ani.

Dar în favoarea tezei noastre pledează şi o consideraţiune de simplu bun simţ. De vreme ce codul *(art. 162)* consideră nulă căsătoria pătată prin viciarea libertăţii consimţământului (şi tribunalele admit smintirea ca o cauză de viciare), dece să declari indisolubilă o unire, numai pentru faptul că soţul n'a introdus acţiunea în nulitate în termenul de 6 luni dela constatarea alienaţiei mintale?

Divorţul se impune, indiferent dacă alienaţia mintală are o origine traumatică, ori una infecţioasă (sifilisul).

C. Insultă gravă

În atari cazuri, justiţia poate cere expertului să se pronunţe asupra stării mintale (existenţa unei psicho-nevroze la soţul vinovat).

3. Consimţimântul mutual

„Consimţimântul mutual şi stăruitor al soţilor" e considerat de lege ca „dovadă îndestulă, că viaţa în comun le este nesuferită şi că în privinţa lor este o cauză peremptorie de despărţenie" *(art. 214* c. c.). Codul face însă două restricţiuni: a) *vârsta* — bărbatul cel puţin 25 ani, femeea minimum 21 *(art. 254* c. c.) şi maximum 45 ani *(art. 256* c. c.); b) *durata căsniciei* — cel puţin 2 ani *(art. 255* c. c.) şi cel mult 20 ani *(art. 256* c. c.).

Judecătorului îi ajunge *stăruinţa* ambelor părţi, pentru a se pronunţa divorţul, chiar dacă substratul nu e decât suprasaturaţia reciprocă *(„Le mariage doit incessamment combattre un monstre qui dévore tout: l'habitude"*. — Balzac). Judecata are însă dreptul şi datoria de a se informa despre libertatea acestui consimţimânt, în ce priveşte pe fiecare din soţi. După cum are dreptul şi datoria (prin aplicarea *art. 260* c. pr. c.) de a se informa despre existenţa liberului-arbitru la fiecare din soţii cari fac declaraţia de retragere a acţiunii de divorţ.

4. Soarta copiilor

Copiii se încredinţează soţului în favoarea căruia s'a rostit divorţul, dar ei pot fi încredinţaţi şi celuilalt soţ sau unei terţe persoane, la cererea motivată a familiei sau a ministerului public *(art. 282* c. c.). Această cerere putând fi întemeiată pe raţiune de psichonevroză, alienaţie mintală, boală contagioasă, justiţia recurge la luminile medicului-expert pentru examinarea temeiniciei cauzei invocate.

„Dacă e alienat sau vicios soțul, căruia i s'au lăsat copiii, poate fi deposedat de autoritatea părintească și copiii trecuți celuilalt soț". *(Cas. 1905).*

5. Remăritarea femeii despărțite

„Femeea despărțită nu va putea trece în altă căsătorie decât după 10 luni dela despărțirea ei sau dacă a făcut cererea de părăsire a domiciliului conjugal, după 10 luni dela data hotărârii, care i-a admis această cerere, *afară de cazul când femeea a născut în acest interval*" (art. 278 c. c.).

Această din urmă constatare de fapt se bizue pe expertiza medico-legală.

6. Procedura acțiunii de divorț

Art. *218, 244, 260,* și *276* impunând prezența părților, fie la introducerea acțiunii, fie în cursul judecății, eventuala absență nu se poate justifica decât cu un certificat medico-legal.

Un examen medico-legal mai e impus de *art. 241:* perioada de încercare, în timpul căreia soția poate fi autorizată a părăsi domiciliul conjugal, cu obligația pentru soț de a'i servi o pensie alimentară. Dacă soțul invoacă o infirmitate care l-ar face inapt de a munci și deci de a se achita de datoria întreținerii femeii, o expertiză medicală va confirma sau infirma alegațiunea bărbatului.

CAP. X

SARCINA

> *„Nunquam magis periclitatur fama medici quam de graviditate determinanda.*
> VAN SWIETEN

Diagnosticul medico-legal al sarcinii e de o însemnătate covârşitoare, pentrucă pe deoparte sunt împrejurări în cari el interesează săvârşirea unora dintre cele mai caracterizate acte ale vieţii civile, cu repercursiuni hotărîtoare, iar pe de alta e necesar pentru stabilirea unor răspunderi, în civil şi în penal, mai ales că sunt şi cazuri de sarcini simulate ori sarcini închipuite.

Expertiza medico-legală a sarcinii poate deveni necesară pentru aplicarea următoarelor dispoziţiuni:

In civil: 1. *dispensa de vârstă la căsătorie* — art. 127 c. c.; 2. *caducitatea cauzei de nulitate a căsătoriei* — art. 167 c. c.; *cauză de divorţ* — art. 211 c. c.; *filiaţiunea paternă* — art. 286—289, 292, 301—303 c. c.; *excepţiunea pentru cercetarea paternităţii* — art. 307 c. c.; *despăgubiri civile pentru femeea sedusă şi rămasă grea* — art. 998 c. c.; *filiaţiunea maternă* — art. 308; *filiaţiunea paternă şi maternă în caz de bigamie* — art. 183 şi 184; *filiaţiunea copiilor naturali* — art. 304—306; *capacitatea de moştenire a copilului conceput* — art. 654 şi 808 c. c.; *anularea donaţiunilor între vii, când femeea legitimă rămâne însărcinată* — art. 829, 836 şi 837 c. c.; *anularea adopţiunii* — art. 309 c. c.; *drepturile copilului conceput la succesiunea părintelui declarat absent* — art. 106 c. c.; *piedică temporară la recăsătorirea văduvei prin divorţ ori deces* — art. 210 şi 278 c. c.; *drepturile la moştenirea maternă ale copilului natural nerecunoscut* — art. 652 şi 677 c. c.

In penal: 1. *substituirea de copil în caz de simulare a sarcinii* — art. 275 c. p.; 2. *urmările răpirii unei minore* — art. 281—283 c. p.; 3. *dovada adulterului* — art. 269 c. p.; 4. *dovada bigamiei* — art. 271 c. p.; 5. *urmările atentatului la pudoare* — art. 265—266 c. p.; 6. *urmările ademenirii unei fecioare* — art. 267 şi 268 c. p.; 7. *constatarea sarcinii în caz de denunţ că ar exista sau a existat o tentativă de avort criminal, fie că femeea e încă în viaţă, fie c'a murit* — art. 246 c. p.; 8. *constatarea sarcinii în caz de denunţ că ar exista intenţiunea de pruncucidere* — art. 230 şi 232 c. p.; 9. *constatarea sarcinii în caz de lovire ori rănire care ar putea avea de urmare avortul* — art. 240 c. p.; 10. *stabilirea turburărilor mintale uneori consecutive sarcinii* — art. 57 c. p.

1. SARCINI ANORMALE

Diagnosticul sarcinii mai e necesar pentru preîntâmpinarea cauzelor cari o pot întrerupe, pentrucă, după cum am arătat, la capitolele concepţiunii şi naşterii (vezi vol. II), sunt cazuri în cari femeea ignorează starea ei de graviditate, nu numai în primele luni ale gestațiunii, dar chiar până la pronunțarea durerilor.

1. Balthazard a văzut o infirmieră la care, dimineața, s'a pus diagnosticul unui kist al ovarului, iar după amiazi a născut un copil la termen. — 2. *Brouardel*, chemat pentru o „criză de colici hepatice" la o femee care de zece luni își alăpta copilul, ajunge tocmai la timp... spre a o moși. — După *Remfry*, proporția femeilor cari, deși alăptează și sunt nemenstruate, și totuș pot rămânea grele, e de 6 la 100. — 3. *Tanner*, consultat de o femee, care se credea intrată în menopausă, asupra unor dureri vii, diagnostichează o enterită — care puțin în urmă se traduce prin... nașterea unui copil la termen.

In afară de fecundările anormale (vicii de conformație ale genitalelor femeii, ovulație fără menstruație — adică sarcină la o femee care n'a fost de loc menstruată — vezi studiul potenței și impotenței, vol. II), literatura medico-legală cunoaște un mare număr de sarcini tardive. Statistica lui *Newerman* inregistrează la 10.000 sarcini: 101 la 41 ani; 113 la 42; 70 la 43; 38 la 44; 43 la 45; 12 la 46; 13 la 47; 8 la 48; 6 la 49; 9 la 50 și 12 la 51—55 ani. — *Geyl* notează sarcini și peste 55 ani, iar *Kennedy* a observat 7 sarcini între 47 și 62 ani.

2. SARCINA IMPOSIBILĂ SAU APROAPE IMPOSIBILĂ

(Pentru detalii și excepții, vezi: vol. II, capitolul „Paternitatea și Maternitatea" — „Impotentia concepiendi").

a) *Tratamentul intensiv cu razele X.*

b) *Mizeria fiziologică.*

c) *Salpingita dublă, sifilisul:* sterilitate frecventă.

d) *Tuberculoza genitală, interesând cele două trompe,* e mai intotdeauna o cauză de sterilitate.

e) *Myxoedemul:* mai întotdeauna o cauză de sterilitate.

f) *Tabesul:* frecvența sterilității de 3 ori mai mare decât la o femee netabetică.

g) *Morbul lui Graves-Basedow:* sarcină puțin frecventă.

h) *Viciile de conformație ale genitalelor externe* (sunt și excepții).

i) *Cauze uterine:* absența ori atrofia uterului: imperforarea ori atrezia colului; deplasarea uterului; cancerul și fibromul uterului; catarul acut al mucoasei uterine; impermeabilitatea trompelor, aplicarea permanentă a pesarelor.

j) *Cauze ovariene:* absența congenitală ori dobândită a ovarelor; tumori ovariene; atrofia ovarelor cu distrugerea foliculilor lui Graaf.

k) *Lepra* e o cauză de sterilitate în 70% din cazuri *(Jeannin-Ecalle).*

l) *Saturnismul femeii* e o cauză frecventă de sterilitate *(Balland)*.

m) *Diabetul* e, în majoritatea cazurilor, o cauză de sterilitate (din 327 diabetice, numai 31 au rămas însărcinate — *Von Noorden)*.

n) *Paralizia progresivă:* numai în cazuri excepționale se înregistrează sarcina *(Jeannin-Ecalle)*.

3. SEMNELE SARCINII

Pentru cele două perioade distincte ale sarcinii (primele 4 sau 4 și jumătate luni solare și ultimele 4 și jumătate sau 5 luni solare) diagnosticul sarcinii e bazat pe un mănunchiu de semne — subiective și obiective — notate atât la mamă cât și la rodul concepțiunii. După valoarea lor diagnosticală, simptomele acestea sunt ori de probabilitate ori de certitudine.

I. Semnele subiective

a) **Suprimarea menstruației** nu e, precum am văzut, un semn de certitudine, pedeoparte pentrucă femei niciodată menstruate sau unele la cari menopausa pare a fi deacum instalată pot deveni gravide; pe de alta, pentrucă se observă hemoragii pseudo-menstruale și în timpul unei sarcini reale. Aceste *hemoragii ale graviditășii* — cum le numește *Pock* (1916) — pot fi chiar confundate cu fluxul catamenial în primele 3—4 luni ale sarcinii.

b) **Turburările simpatice** (simptomele modificărilor organismului femeii sub influența gestațiunii) cari sunt de origine digestivă, endocriniană, nervoasă și urinară *(Cathala)*.

1. **Turburările digestive** (încep pela sfârșitul lunii întâia și persistă până la sfârșitul lunii a patra sau chiar și în cursul primei jumătăți a lunii a 5-a, când femeea începe să simtă mișcările fătului) se caracterizează prin: *greață, salivație, vărsături* (dimineața la sculare, in timpul mesei sau imediat după masă, la 30% dintre gravide — *Schickelé), anorexie* (care, cu rare excepțiuni dispare în a 2-a jumătate a sarcinii, făcând loc chiar unui apetit exagerat, *constipație* (care e frecventă in ultimele săptămâni mai ales la primipare). Turburările acestea dispar deobiceiu progresiv, uneori brusc: numai excepțional *vărsăturile* persistă peste luna a 5-a și chiar până la sfârșitul gestațiunii.

2. **Turburările nervoase:** *depresiunea funcționala generală, impresionabilitate, iritabilitate, migreme, amețeli, lipotimie,* uneori și *insomnie, obsesiuni-impulsiuni, gusturi bizare, repulsiuni ori preferințe pentru anume alimente.* — Olfacțiunea adesea modificată. Vederea și auzul neinfluențate. Sensibilitatea tactilă e uneori micșorată. — Turburările nervoase, caracteristice primei jumătăți a gestațiunii, reapar uneori in ultimele luni ale acesteiu.

3. **Turburările urinare** in diversele forme pe cari le-am descris (Vezi: cap „Simularea", vol. II)

c) **Perceperea mișcărilor active ale fătului** — mișcări pe pe cari rareori mama le simte înainte de fârșitul lunei a 4-a. Semnul acesta subiectiv poate să nu aibă nici o valoare, deoarece, in psichoza gestațiunii, avem de multe ori a face cu o simplă iluziune. Apoi, mișcările active ale fătului pot rămâne neinregistrate de gravidă în tot cursul sarcinii, atunci când există: o anestezie a peretelui abdominal, hydramnios sau lichid ascitic interpus între uter și peretele abdominal *(Cathala)*.

d) **Ințepăturile, furnicăturile mamelelor** simțite mai ales de primipare.

II. Semnele obiective

A. In prima jumătate a sarcinii

a) **Glandele mamare.** — 1. *Volumul mărit*, pielea întinsă (uneori cu vergeturi), vinele subcutanate umflate și mai aparente (desinând, sub piele, rețeaua lui *Haller)*. — 2. *Mamelonul*, mai sensibil și mai erectil, e de o colorație mai închisă. Prin presiune (uneori chiar dela luna a 2-a) se obține o picătură de colostrum. — 3. *Areola* se pigmentează tare (mai ales la femeile oacheșe) și e sediul unei infiltrațiuni edemațioase. Apariția unei *areole secundare* — o zonă de lărgime variabilă presărată cu mici pete albe rotunde — numită și *areola tigrată* (care, după *Cathala*, nu se notează decât in unul din 20 cazuri de sarcină).

b) **Abdomenul.** — Bombarea lui fiind în funcțiune de creșterea uterului gravid, boltirea abdominală în porțiunea sub-ombilicală nu poate fi notată decât abea cu începerea lunii a 4-a, pentrucă până atunci uterul, deși cu volumul mărit, încă n'a depășit cavitatea pelviană. Dar și în luna a 4-a bombarea poate trece neobservată la o femee grasă.

c) **Varicele:** desvoltarea sau exagerarea varicelor membrelor inferioare.

d) **Organele genitale externe** se observă frecvent tumefiate, cu varicozități sau chiar cu varice foarte desvoltate. Semnul lui *Jacquemin:* colorația violacee sau ardoazată a mucoasei vaginului.

e) **Uterul gravid.** Acesta se deosebește prin particularități de volum, formă, consistență și direcțiune.

1. **Volumul.** — Uterul negravid are, după măsurătorile lui *Cazeau*, următoarele dimensiuni: diametru vertical 6—7 cm., diametru transversal 4.5 cm., diametru antero-posterior 2,5 cm. — *La finele lunii I-a*, uterul gravid e cât o mandarină; *la sfârșitul lunii a 2-a*, cât o portocală; *la sfârșitul lunii a 3-a*, cât un cap fetal; *la sfârșitul lunii a 4-a* cât un ou de struț *(Maygrier)*. — *Bucura* (1928) indică următorul semn palpatoriu, în perioada din a 4-a și a 6-a săptămână dela începutul ultimei menstruații: o micșorare a volumului uterului, care dă impresia unei hipoplazii tipice.

2. **Forma.** — Din turtit ce era înainte de sarcină uterul devine mai întâiu piriform, apoi globular. Uneori se notează o asimetrie, care însă dispare pe

măsură ce oul se desvoltă și deobiceiu uterul redevine sferic la sfârșitul lunii a 4-a. — Colul își păstrează tot timpul forma tubulară, formând un unghiu cu corpul uterului.

3. **Consistența** e un semn de o valoare considerabilă *(Cathala)*: moale, ca o smochină pe jumătate coaptă *(Bonnaire)*.

4. **Direcția.** — In măsura în care i se mărește volumul, uterul se îndreaptă și se înalță în cavitatea abdominală, dinapoia peretelui abdominal.

⁂

Toate aceste caractere ale uterului gravid se identifică, pe femeea vie, prin palpare abdominală, prin tușeu vaginal și prin ambele simultan.

I. *Palparea abdominală.* — 1. In prealabil se evacuează bășica udului și apoi, cu extremitatea degetelor sau cu marginea cubitală a mânii, se comprimă încet peretele abdominal deasupra pubisului. Uterul se diferențiază de ansele intestinale (în mijlocul cărora se găsește), prin consistența lui mai fermă.

2. In primele 7 săptămâni, palparea e o indicație nulă, pentrucă în toată această epocă uterul rămâne încă în întregime prins în escavația pelviană.

3. Fundul uterului nu devine perceptibil decât abea la sfârșitul lunii a 2-a solare, când debordează ușor arcul anterior al basinului. Paralel cu desvoltarea uterului, arcul acesta se înalță, iar la finele lunii a 4-a atinge nivelul ombilicului.

4. Din cauza grosimii pereților uterului în primele 4 luni ale sarcinii, palparea abdominală nu permite și o apreciere a conținutului organului *(Cathala)*.

II. *Tușeul vaginal* nu servește, în definitiv decât la constatarea modificărilor suferite de colul uterin și cari se reduc la o ușoară retroflexiune a acestuia, care, la sfârșitul lunii a 4-a, se îndreaptă puțin.

Ramolirea colului nu e un semn peremptoriu al sarcinii, deoarece această particularitate se notează și în afecțiuni uterine și peri-uterine, îndeosebi în zilele ce preced apariția menstruației.

III. *Palparea abdominală și tușeul vaginal, simultan executate.* — 1. Femeea, desbrăcată până la piele și după ce în prealabil a fost pusă să urineze, e culcată pe spate (cu pumnii sub șezut sau cu acesta pe o perniță, spre a se înălța puțin basinul), cu capul puțin înălțat, cu membrele inferioare în flexiune și cu genunchii depărtați. Examinata e pusă să respire tare.

2. Medicul, fără a atinge perineul, introduce indexul și mediusul mânii drepte (îmbrăcată cu o mănușă sterilizată) în vagin și-l explorează până dă de col. Cu mâna stângă în regiunea hipogastrică exercită o presiune ușoară asupra peretelui abdominal și, la fiece inspirație a femeii, înaintează, în căutarea corpului uterin.

3. Cu degetele cari explorează colul şi cu mâna stângă apucă corpul uterului, pentru a-i aprecia volumul, forma, consistenţa şi direcţia.

4. Apoi caută să identifice existenţa contracţiunilor uterine — unul din semnele cele mai importante —, cari se provoacă fie prin fricţionare, fie prin uşoara malaxare a uterului.

5. Semnul lui *Hegar:* o mare compresibilitate a corpului uterin în zona care se găseşte la 2—3 mm. deasupra colului; posibilitatea ca, prin palparea abdominală şi tuşeul vaginal, să se creeze o cută transversală în peretele anterior al uterului (în cel posterior, în caz de retroflexiune a uterului gravid).

6. Semnul lui *Holzapfel:* Cu cele două degete ale mânii drepte pe orificiul extern al uterului şi cu mâna stângă pe fundul uterului (în explorarea exterioară a abdomenului) se comprimă uşor uterul; dacă e gravid, uterul se lasă comprimat şi rămâne fixat în acest cleşte; dacă, dimpotrivă, nu e gravid, uterul scapă compresiunii, aşa cum ar ţâşni un sâmbure de cireaşă prins între degete *(Cathala).*

f) **Ausculaţia uterină prin abdomen**, pentru perceperea bătăilor inimii fătului, nu poate avea nici o valoare indicativă în primele 4 luni ale sarcinii *(Cathala).* E adevărat că inima embrionară intră în acţiune spre sfârşitul lunii întâia, dar bătăile inimii fetale nu pot fi percepute decât abea după a 18-a sau a 20-a săptămână a gestaţiunii *(Schickelé).* Să notăm că *Sarmey* pretinde, că, în condiţiuni de examinare excepţional de favorabile, o ureche fină poate înregistra aceste bătăi, începând dela a 15-a săptămână.

g) **Mişcările active ale fătului** se pot nota, prin ausculaţie directă, începând cu săptămâna a 16—a *(Schickelé)*, sau abea la sfârşitul lunii a 4-a *(Cathala).*

La palparea abdominală se înregistrează, timp de 1—2 minute, zguduiri ritmice.

h) **Zgomotele suflului uterin** nu se înregistrează decât excepţional înainte de luna a 4-a.

Naygrier a avut ideea auscultării prin vagin, cu ajutorul unui stetoscop cudat, construit după indicaţiile lui *Nauche* şi numit metroscop.

B. În a doua jumătate a sarcinii

a) **Habitusul femeii.** — 1. *Atitudinea cambrată* datorită bombării abdomenului.

2. *Masca sarcinii:* faţa palidă, puţin bugedă, obosită, iar în ultimele luni apar petele pigmentate (efelidele). Pigmentaţia aceasta, de culoare gălbuie, e mai pronunţată pe părţile expuse la

soare: fruntea, partea de sus a obrajilor, buza superioară, mai puţin cea inferioară: bărbia rămâne deobiceiu neatinsă. — Mai accentuată la blonde, masca sarcinii dispare îndată după facere. — Pete mai mari se notează pe piept şi braţe. Pigmentaţie se observă şi pe cicatrice, vulvă şi perineu.

b) **Mamelele.** — 1. După ce a scăzut puţin pe la 4 luni şi jumătate, *volumul glandelor mamare* creşte din nou, iar vergeturile se accentuează şi mai mult, îndeosebi în ultimele săptămâni.

2. *Pigmentaţia sfârcului şi a areolei* e mărită.

3. *Secreţiune frecventă de colostrum.*

c) **Abdomenul** (Se examinează: grosimea, rezistenţa, tensiunea şi sensibilitatea peretelui abdominal).

1. *Volumul:* la început localizată în regiunea hipogastrică, bombarea câştigă treptat teren, până ajunge la baza toracelui.

2. *Vergeturile* — *striae gravidarum* — sunt tot mai pronunţate, paralel cu creşterea volumului. Vergeturile, cari au aspectul unor cicatrice superficiale ale pielei, sunt dispuse de o parte şi de alta a liniei mediane şi sunt orientate sau concentric în jurul ombilicului, sau în formă de evantaliu (unele pornind dela simfiză, iar altele resfirate pe zonele declive ale pereţilor abdominali). Proaspete, au o coloraţie rozată; vechi, sunt de un alb lucitor. Prezenţa vergeturilor — observă *Schickelé* — nu e decât un semn de o valoare relativă a sarcinii.

3. *Linia brună* — *linea fusca* (de culoarea şocoladei, uneori chiar neagră), care apare dela a 4-a lună, se tot lărgeşte până la termenul sarcinii (ajunge la 4—5 mm. la primipare, 6—8 mm. la multipare). După cum linia aceasta poate lipsi la marile multipare, tot aşa ea poate exista şi în afară de sarcină (în unele afecţiuni ginecologice, îndeosebi cele însoţite de amenoree). — *Linia brună* (care, după *Lehmann*, atunci când e de nuanţa sepiei sau a şocoladei, e un semn sigur al sarcinii) dispare abea după 10 luni dela facere.

d) **Organele genitale externe.** — 1. *Mai pigmentate şi mai vascularizate* ca în prima jumătate a sarcinii. — 2. *Scurgerile leucoreice*, mai abundente, provoacă uneori un edem vulvar şi un eritem al vulvei şi al părţii superioare a coapselor. — 3. Varicele existente sunt voluminoase.

e) **Sistemul cardio-vascular.** — 1. *Inima.* — După *Schickelé*, se notează o augmentare a matităţii, datorită fie unei hipetrofii cu dilataţie, fie numai dilataţiei. — La sfârşitul sarcinii, inima e uşor deplasată. Inima suferă o deplasare în sensul unei mişcări de basculă, care interesează numai vârful.

2. *Dilataţia vaselor* e considerabilă către sfârşitul sarcinii, îndeosebi la multiparele cari suferă de varice: acestea devin enorme

la membrele inferioare, iar în partea superioară a corpului se notează umflarea jugularelor (în proporţia de 1 la 3 gravide — *Budin).*

3. *Tensiunea arterială şi pulsul* nu suferă nici o modificare apreciabilă.

4. *Edem* mai pronunţat la membrele inferioare, în ultimele săptămâni ale gestaţiunii.

f) **Aparatul digestiv.** — 1. *Hiperemia gingiilor* (la unele femei) care poate avea şi un caracter de hipertrofie *(Pinard).*

2. *Stomacul* basculează în jurul cardiei, dela stânga la dreapta, de jos în sus şi dinainte înapoi. Dupăce, în luna a 3-a, organul a luat o direcţie oblică în jos şi la dreapta, în luna a 5-a, marea curbură e în contact cu fundul uterului; în luna a 6-a, stomacul e înclinat înainte şi la dreapta; în luna a 8-a, marea curbură e împinsă înapoi de uter, iar la sfârşitul lunii a 8-a, ea alunecă dinapoia uterului.

3. *Deplasarea în aparenţă importantă a intestinelor* nu are ca urmare simptome clinice notabile. Turburările funcţiunii intestinale sunt datorite unor cauze de ordin secretoriu şi toxic. — In luna a 3-a, *ansele intestinale coafează simetric fundul* uterului. In lunile a 6-a şi a 7-a, *ansele* şi *colonul transvers* sunt împinse spre diafragmă, iar ele, la rândul lor, împing părţile vecine ale stomacului şi ficatului. *Cecum* şi *apendicele* sunt deplasate. In caz de apendicită, în a doua jumătate a sarcinii, consecinţele pot fi extrem de grave *(Schickelé).*

g) **Aparatul respirator.** — 1. *Căile aeriene superioare:* nu se notează nici o influenţă perceptibilă.

2. *Diafragma.* — Jocul ritmic al acesteia nu e prea stingherit, deşi, începând cu luna a 7-a, diafragma e considerabil deplasată şi ia o poziţie orizontală.

3. *Plămânii* îşi păstrează capacitatea normală.

h) **Temperatura.** — Fătul produce căldură: temperatura lui e cu 0°,3—0°,5 centigrade mai mare ca temperatura mamei. In caz de moarte a fătului în uter, temperatura lui e exact aceea a mamei *(Schickelé).*

i) **Sistemul nervos.** — Excitabilitatea faradică e diminuată. Numai reflexul abdominal rămâne nemodificat; reflexele profunde şi reflexele galvanice sunt exagerate.

j) **Sistemul osos.** — Articulaţiile basinului sunt slăbite (la nivelul simfizei, degetul simte jocul oaselor pubisului). O slăbire, mai mică însă, se notează şi la nivelul articulaţiilor sacro-iliace ale căror părţi inferioare pot fi palpate la marile multipare. Insfârşit, se identifică o slăbire a articulaţiilor intervertebrale, la nivelul porţiunii lombare.

k) **Glandele cu secrețiunea internă.** — 1. *Glanda tiroidă* are volumul mărit. — 2. La *glandele paratiroide* se notează hiperemie. — 3) *Hipofisa:* hiperemia, care apare în luna a 4-a, scade spre sfârșitul sarcinii. — 4. *Ovarele* nu-și întrerup un moment funcțiunea (*Schickelé*).

l) **Aparatul urinar.** — 1. *Vesica* suferă, în a doua jumătate a sarcinii, o deplasare mai notabilă, cu iritabilitate și hiperemie, cari provoacă turburările micțiunii (la multipare se notează incontinență). — 2) *Uretra* nu suferă nicio modificare sensibilă. — 3) *Ureterele* suferă uneori o modificare prin deplasarea vesicii.

m) **Peritoniul.** — Pe peretele posterior al uterului, peritoniul nu e mobil. In escavația recto-uterină nu suferă nici o deplasare.

n) **Uterul.** — La sfârșitul lunii a 4-a, uterul nu umple basinul, nu comprimă nici un organ, afară de vesica la care se notează o ușoară deplasare. Incepând cu luna a 6-a, uterul împinge spre diafragmă ansele intestinului subțire și colonul transvers. Dela a 7-a lună, acesta din urmă și stomacul stau pe fundul uterului, cu o direcție oblică. — Maximul deplasării se notează dela începutul lunei a 9-a, când diafragma se lasă în jos, iar fundul uterului cedează și el — ceeace explică mișcarea lui de anteflexiune. Simptomele clinice ale acestei deplasări sunt mai precoce și mai marcate la femeea mică și mai ales cu o deviare a coloanei vertebrale (*Schickelé*).

Ca și pentru prima perioadă, uterul se examinează sub raportul volumului, al formei, al consistenței și al direcției.

1. **Volumul** se indentifică prin palpare. Distanța între fundul organului și marginea superioară a simfizei pubiene e, în medie, de: 16. 5 cm. la 4 luni și jumătate; 19 cm. la 5 luni; 24 cm. la 6 luni; 27 cm. la 7 luni; 30 cm. la 8 luni; 33 cm. la 9 luni; 34 cm. la 9 luni și 10 zile; 36 cm. la 10 luni (*Guérin-Valmale*).

2. **Forma:** sferic la 5 luni, uterul devine ovoid la 6 luni, iar pe la sfârșitul gestațiunii, fundul e divizat printr'o depresiune mediană (uneori depresiunea e puțin deviată și atunci diviziunea fundului apare asimetrică).

3. **Consistența:** peretele uterin e depresibil, elastic. Contracțiunea, care e intermitentă, e deobiceiu totală, dar poate fi și parțială. *Loerincz* (1927) preconizează, ca mijloc de verificare a contracțiunilor uterine, o injecție intravenoasă de 1 cc. de pituisan. Contracțiunea, care se produce atunci chiar la un uter cu avortul incomplect, e nulă la uterul negravid. Proba aceasta are însă neajunsul că injecția poate pricinui un colaps ușor. — Consistența suferă o modificare, atunci când fătul e mort de câtva timp.

4. **Direcția.** — In ultimele luni și progresiv uterul se înclină puțin.

o) **Conținutul uterului.** — 1. *Prezența fătului* se identifică prin palpare.

2. *Balotarea abdomenului* e datorită lichidului amniotic, în cantitate relativ mare față de volumul fătului.

3. *Mișcările active ale fătului* se înregistrează sigur prin palpare, începând din luna a 5-a.

4. *Părţile fetale* se pot deosebi, prin palpare, începând cu luna a 6-a, atunci când fătul e destul de desvoltat. — Când însă lichidul amniotic e în cantitate exagerată, atunci fătul, fiind mai depărtat de peretele uterului, nu poate fi palpat cu înlesnire.

5. *Placenta*. — Locul ei de implantare e foarte greu de identificat *(Cathala)*.

p) **Percuţiunea abdomenului.** — Zona uterului în contact cu peretele abdominal e indicată printr'un sunet mat, care contrastează cu sonoritatea anselor intestinale vecine.

q) **Zgomotele de origine fetală** (înregistrate prin auscultaţie abdominală):

1. *Bătăile inimii fătului*, cari încep a fi percepute de regulă la 4 luni şi jumătate (numai excepţional înainte de 4 luni), sunt bătăi duble (*tic-tac*-ul lui *Kergaradek)*, în număr de 125—150 pe minut. Ele se aud: deasupra liniei ombilicului, în prezentaţiunea şezutului, şi dedesubtul acestei linii, în prezentaţiunea capului.

2. *Suflul fetal* cu ritmul bătăilor inimii fetale.

3. *Mişcările active ale fătului* (cari uneori se percep şi la 3 luni şi jumătate) se notează de regulă înaintea perceperii bătăilor inimii şi înainte ca femeea să le fi simţit. Mişcările active sunt uneori confundate cu mişcările pasive ale fătului: efectul balotării abdominale sau vaginale.

r) **Zgomotele de origine maternă** (înregistrate prin ausculaţie abdominală):

1. *Suflul uterin*, foarte variabil ca intensitate (creşte treptat până la luna a 8-a şi apoi rămâne cu acelaş grad până la sfârşitul gestaţiunii), seamănă cu suflul provocat de compresiunea unei artere mari.

2. *Zgomote diverse* datorite fie transmisiunii bătăilor inimii sau ale aortei mamei, fie gazelor şi deplasărilor intestinelor.

s) **Colul uterului** (explorat prin tuşeu vaginal cu degetul) e adesea deviat înapoi şi spre stânga. Introdus în col, degetul poate atinge membranele oului şi, prin ele, însuş fătul.

t) **Explorarea segmentului inferior al uterului.** Tot prin col, degetul explorează segmentul inferior al uterului, care se prezintă ca o calotă sferică.

4. DIAGNOSTICUL SARCINII

Semnele mai sus descrise, în deosebi cele pentru a doua jumătate a gestaţiunii, sunt, în marea majoritate a cazurilor, suficiente pentru diagnosticarea stării de graviditate. Fireşte că expertul va pune temeiu numai pe cele obiective, pentrucă, după cum am mai spus, sunt şi *sarcini imaginare* (fie că femeea ia simptomele subiective, cari pot fi de natură nervoasă, drept o dovadă a sarcinii, fie că ne aflăm în prezența unui caz de delir al graviditășii) și *sarcini simulate*.

Examenul trebuie făcut cu o foarte mare atențiune, pentrucă nu o dată s'a întâmplat ca o sarcină reală să fie luată drept o formațiune neoplasică sau viceversa. Nu sunt excluse nici cazurile de coexistență a sarcinii și a unei tumori. Din numeroasele noastre observații vom cita una de această din urmă natură:

O femee, bizuindu-se pe persistența menstruației, își închipuie că starea ei anormală nu poate fi atribuită decât constituirii unei tumori. Ginecologul, care o examinează, practică laparotomia: eronat ia tumoarea drept uterul gravid și se grăbește să coase incizia. Peste câtva timp femeea naște, dar tumoarea persistă și ulterior aceasta e extirpată de un alt ginecolog.

Precum se vede, primul medic a diagnosticat greșit, întrucât luase formațiunea neoplasică drept semnul obiectiv al sarcinii. Se putea întâmpla ca femeea să nu fie și însărcinată și astfel, întârziindu-se cu intervenția chirurgicală pentru înlăturarea tumorii, să se primejduiască zilele pacientei.

A. Cauze de eroare

După *Cathala* și alții cele mai frecvente cauze de eroare ar fi:

a) **Absența menstruației.** — 1. *Amenorea* e un simptom frecvent la femeile *anemice, clorotice* sau *tuberculoase*. Ea se mai observă și la femeile tinere, în primele luni după căsătorie: oprirea bruscă a menstruației e atunci datorită oboselii, unei emoții violente sau unei vieți de claustrațiune.

2. *Congestiunea premenstruală*, după o perioadă de amenoree, e adesea greu de diferențiat de un început de sarcină.

3. *Metrita parenchimatoasă* poate și ea fi luată drept un început de sarcină.

b) **Scurgerile sanguine** pot persista cu un uter gravid:

1. *Endometrita gravidică:* scurgerile sanguine durează în tot cursul gestațiunii.

2. *Sarcina extra-uterină* deși, în prima jumătate a graviditășii, e uneori greu de diferențiat de o sarcină uterină, se identifică însă de regulă prin pierderile sanguine ce o caracterizează.

3. *Tumoarea fibroasă* provoacă și ea pierderi sanguine.

c) **Uterul.** — 1. *Hematometria:* concentrarea de sânge menstrual, care nu se poate scurge din cauza atreziei canalului cervical sau a orificiului uterin, dă impresia unui uter gravid.

2. *Cancerul uterului:* diagnosticul poate fi anevoios mai ales într'o sarcină complicată cu endometrită.

3. *Retroversiunea uterului,* complicată şi cu retenţiunea urinei, îngreuiază diagnosticul, la începutul sarcinii. Expertul capătă o indicaţiune serioasă prin practicarea cateterismului pentru golirea vesicii.

4. *Kistele ovarului* pot simula o sarcină de 3—4 luni. In a doua jumătate a gestaţiunii, kistul unilocular poate fi luat drept o sarcină cu hydramnios sau vice-versa. — *Kistele multiloculare* au părţi solide cari pot fi confundate cu părţile fetale.

5. *Tumorile solide ale ovarului* dau şi ele loc la confuzie.

6. *Sarcina angulară:* oul e inserat într'un corn uterin care s'a ramolit.

7. *Sarcina molară* e adesea confundată cu un kist al ovarului sau cu un fibrom: eventuala expulzare a vesiculelor molare înlesneşte diagnosticul.

d) **Bombarea abdomenului.** — *1. Timpanismul femeilor nervoase,* cari iau drept mişcări active ale fătului simple deplasări intestinale.

2. *Abdomenul hydropsic.* — Diagnosticul diferenţial: în hydropisie se notează matitate la percuţiune, iar lichidul îşi schimbă regiunea de concentrare odată cu schimbarea poziţiunii femeii examinate.

3. *Fibromul* poate cauza contracţiuni uterine, dar conturul abdomenului e neregulat.

4. *Myomul:* la palpat, se simte o formă neregulată care poate fi confundată cu aceea a fătului, dar la auscultaţie nu se aud bătăile inimii fetale.

5. *Hematokolpos:* concentrarea de sânge menstrual în vaginul cu atrezia orificiului (atrezie congenitală sau cicatricială).

B. Probele biologice

a) **Modificarea unora dintre proprietăţile serului sanguin.** — 1. *Puterea antitriptică* e mărită în timpul sarcinii *(Bar, Daunay, Ecalle).* — Reacţiune de valoare relativă, pentrucă această augmentare a puterii antitriptice e netă şi constantă numai în ultimele luni ale gestaţiunii.

2. *Sporirea cantităţilor de grăsime şi de materii lipoide* din sângele femeii însărcinate *(Bar-Daunay, Capaldi, Neumann, Chauffard).*

3. *Reacţiunea veninului de cobra asupra lecitinei din serul sanguin* (bazată pe procesul de hemolisă stabilit de *Calmette).* Serul femeii însărcinate fiind mai bogat în materii lipoide, are o putere hemolizantă faţă de un amestec de globule roşii (de cal, bou, iepure) cu o soluţie de venin de cobra. *Bar* şi *Ecalle,* în expe-

rienţele lor, au constatat că puterea activantă a serului femeii însărcinate se precizează abea in luna a 3-a sau a 4-a, accentuându-se spre luna a 6-a, spre a persista până la facere.

b) **Modificările sângelui.** — *Fahreus* pune preţ pe sporirea vitezei de sedimentaţiune a globulelor roşii, care se notează mai ales după a 4-a lună a sarcinii. Dar *Linzenmeyer* observă că această reacţiune e caracteristică şi bolilor infecţioase şi cancerului.

c) **Căutarea glicozuriei provocate.** — 1. *Glicozuria alimentară* (preconizată de *Frank-Nothmann, Hofbauer)*, frecventă în primele trei luni, nu e însă constantă *(Mann, Seitz)* şi nu e proprie sarcinii. 2. *Glicozuria floridzică* (prin injectarea subcutanată a 2,3 miligrame de floridzin, care, după o jumătate de oră, ar provoca, in primele săptămâni ale sarcinii, o glicozurie abundentă). Reacţiunea nu e pozitivă decât în 30% *(Couinod-Cologne)*, în 86% din cazuri *(Perez-Brea)*.

d) **Deviarea complementului** nu se observă decât dacă se pune în prezenţă o placentă de mai puţin de 4 luni şi serul femeii insărcinate de mai puţin de 3 luni; dar şi atunci reacţiunea e slabă sau chiar rară, deci fără valoare diagnosticală *(Bar-Ecalle)*.

e) **Reacţiunea intra-dermică:** sensibilizarea organismului mamei prin produsul concepţiunii, cu ajutorul inoculării intra-dermice a unui extract placentar sau a unor peptoane placentare. Reacţiunea, uneori pozitivă cu extractul placentar *(Engelhorn-Wintz)*, e nesigură cu soluţii de peptoane placentare.

f) **Dialisa lui Abderhalden:** reacţiunea ce se produce în sângele femeii însărcinate, in urma pătrunderii produselor albuminoide fetale in torentul circulator al mamei: se formează fermenţi proteolitici capabili de a ataca albumina placentară.

1. Se pune într'un con dializator o porţiune de placentă (care, prin fierbere repetată, a fost debarasată de sânge şi de peptoane). — 2. Peste placentă se toarnă o cantitate de ser sanguin. — 3. Dacă acesta aparţine unei femei însărcinate, fermentul din el descompune albumina placentară în peptoane şi acizi aminaţi, cari vor putea străbate membrana dializantă. — 4. Produsele astfel dializate se identifică prin colorarea cu o soluţie de ninhydrină 1 la 100.

Reacţiunea negativă e intotdeauna concludentă: femeea nu e însărcinată. — Reacţiunea pozitivă (care se obţine din chiar primele săptămâni ale sarcinii) nu e însă constant concludentă, pentrucă, în peste 30% din cazuri, ea se obţine şi cu serul sanguin al unei femei cu leziuni ale organelor genitale.

In caz de moarte a fătului în cursul gestaţiunii, reacţiunea se atenuează şi poate deveni negativă.

In sarcina extra-uterină, reacţiunea e intotdeauna pozitivă când oul e viu; ea poate fi negativă, dacă oul e oprit în desvoltarea lui.

In formele grave de vărsături incoercibile, reacțiunea e foarte slabă, cu tendința chiar de a dispărea *(Ecalle)*.

g) **Prezența hormonului lobului anterior al hypofisei în urină.** — Cași hormonul ovarian, hormonul lobului anterior al hypofisei e eliminat de urina femeii însărcinate (care conține în abundență ambii hormoni în sânge). Căutarea hormonului hypofisar e un element de diagnostic numai în primele luni ale sarcinii, pentrucă în restul gestațiunii predominarea hormonului ovarian împiedecă identificarea celuilalt hormon.

Reacțiunea specifică se obține prin trei injecțiuni succesive în șoarecii infantili. Prima reacțiune nu e o dovadă de sarcină, pentrucă hormonul hipofisar se poate identifica și în cazuri de tumori benigne, de sarcom, de inflamațiuni grave și de boli endocriniene. Următoarele două reacțiuni, singure sau în legătură cu prima, sunt concludente *(Ascheim-Zandek*, 1928).

C. Imaginea radiografică

Am văzut (cap. „Concepțiunea", vol. II) că grație imaginii radiografice, se poate diagnostica nu numai realitatea sarcinii, dar și felul cum decurge ea la diversele epoci ale vârstei fătului. Ameliorările aduse tehnicii permit, încă dela a 14-a săptămână a gestațiunii, un diagnostic de o absolută certitudine *(Jungmann, Cathala, Berman, Dujol)*. Dar chiar atunci când imaginea nu e suficient clară spre a se putea deduce din ea realitatea sarcinii, *Reeb* e de părere că aceasta nu trebue să-l îndrituească pe expert de a conchide la absența gravidității, înainte de sfârșitul celei de a 20-a săptămâni dela impregnarea femeii. In anii din urmă, *Blanche* — intensificând încercările lui *Hess, Edli, Eymer, Albert Weill, Bortholomem, Barnes* și *Colloway* — a ajuns la următoarele concluziuni:

a) **Fătul viu.** — 1. Procesul de osificare a scheletului fetal neîncepând decât în luna a 2-a (și anume cu clavicula, al cărei punct de osificare apare dela a 35-a zi dela concepțiune) *nu se pot obține imagini ale acestui schelet decât cel mai de vreme cu câteva zile înainte de sfârșitul* lunii a 2-a a gestațiunii.

2. *In prima jumătate a vieții fetale (4—4½ luni), clișeul radiografic înregistrează, după vârsta rodului concepțiunii, imaginea-i în ordinea următoare:* porțiunea cervico-dorsală, punctele de osificare ale capului, coastele și excepțional oasele lungi. In ce privește clavicula, deși ea se osifică înaintea celorlalte părți ale scheletului și, încă de pe la sfârșitul lunii a 2-a, are o lungime de aproape 1 cm., ea nu e nici odată vizibilă la această epocă.

3. *In a 2-a jumătate a vieții fetale* — când existența și viața fătului se poate lesne constata prin simplul examen clinic, — radio-

grafia scheletului fetal prezintă utilitate practică numai pentru verificarea vârstei fătului, *prin măsurarea directă a taliei pe clișeul radiografic.*

b) **Fătul mort în uter.** — 1. Grație semnului patognomonic identificat de *Spolding*, putem stabili moartea fătului *in utero: încălecarea oaselor craniului (vizibilă pe clișeu) și o disproporție între volumul cutiei craniene și substanța cerebrală* care, la fătul mort, se închircește.

2. Verificarea morții fătului cu mult înainte de expulzarea din uter e de o considerabilă însemnătate pentru medicina legală, de oarece avem astfel putința de a preveni *substituțiunea de copil* (de care se ocupă *art. 273* c. p.), de care sunt legate interese de filiațiune și de succesiune.

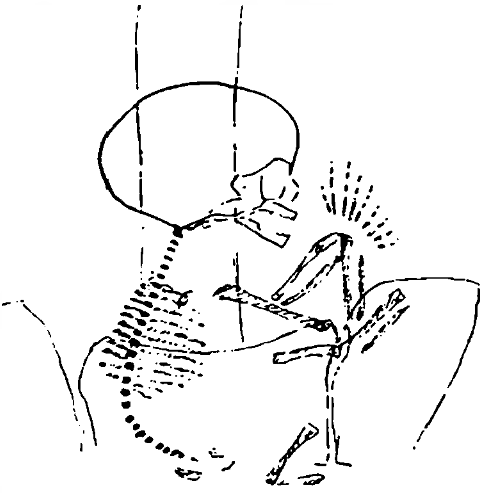


Fig. 37. — Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a scheletului fătului de 8 luni ale cărui membre sunt vizibile în toate pozițiunile lor.

c) **Concepțiunea gemelară.** — 1. Rodul zămislirii bucurându-se de o personalitate civilă prezumptivă, expertiza medico-legală poate fi solicitată pentru stabilirea *a priori*, dacă de beneficiul acestei ficțiuni legale se bucură numai una sau mai multe din aceste individualități (concepțiunile multiple) cu o existență aleatorie. Pentrucă *A.* stipulând că recunoaște, donează sau testează *copilului* ce se va naște din femeea *B.*, dacă gestațiunea se termină prin expulzarea a *2 sau 3 copii*, se poate ivi o controversă juri-

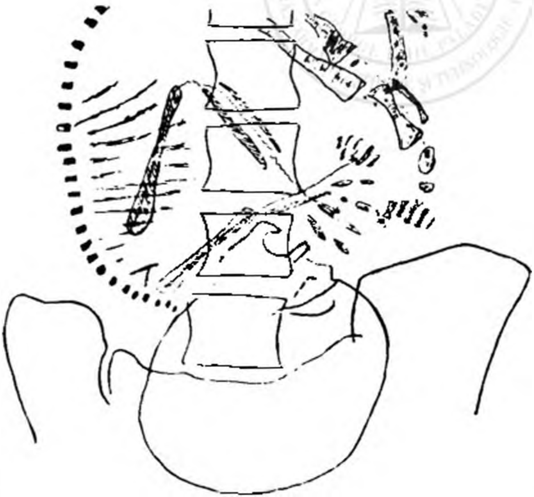


Fig. 38. — Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a scheletului fătului de 7 luni. Scheletul ambelor antebrațe se vede în partea dinainte a masivului facial, văzut în profil.

dică: a fost anticipat recunoscut *un* copil, s'a făcut act de donaţie între vii, s'a testat în favoarea *unui* copil; dacă sunt gemeni sau trigemeni, sunt cu toţii sau numai unul beneficiarii stipulaţiunilor din actul autentificat? Constatându-se *in utero* concepţiunea multiplă, autorul actului de recunoaştere, de donaţiune sau testare poate modifica redacţiunea.

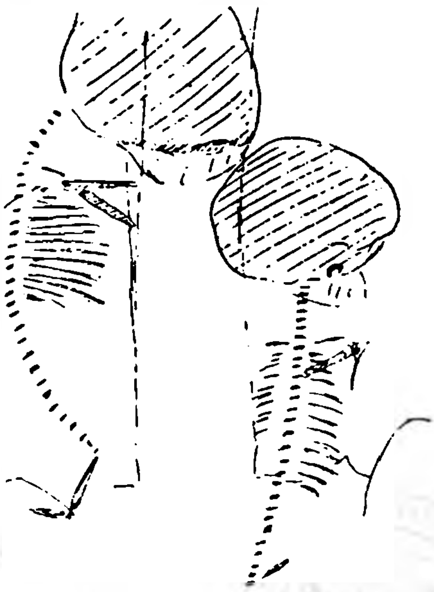


Fig. 39. — Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a scheletelor feţilor unei sarcini duble de 7 luni şi jumătate.

2. *Pe clişeul radiografic scheletele feţilor gemelari apar în întregime şi fiecare cu poziţia uterină determinată. (Edling şi Essen Möller* au obţinut radiografii de trigemeni; pe una din ele se văd trei capete fetale de o mărime inegală).

3. In concepţiunea multiplă se pune şi chestiunea *superfetaţiunii* (de care ne-am ocupat la „Tăgada paternităţii şi a maternităţii: vezi *Vol. II)*, adică existenţa, in uter, a unui făt conceput, cu o mai mare sau mai mică întârziere, după constituirea unui prim embrion. *Radiografia scheletului fetal permite de a se verifica, în timpul gestaţiunii, faptul superfetaţiunii.*

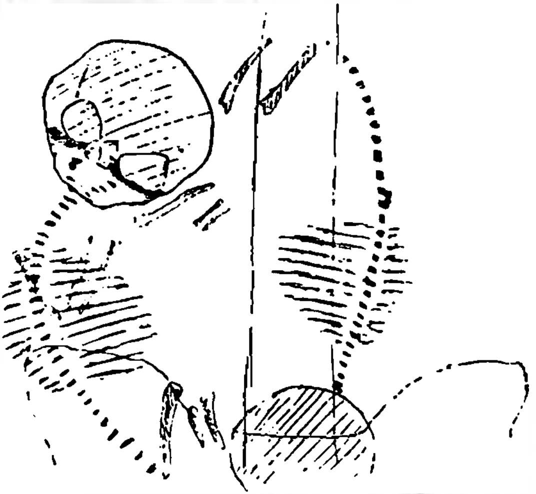


Fig. 40. — Diagnosticul sarcinii. Imaginea radiografică a unei sarcini gemelare, de 7 luni, cu unul din feţi în poziţie răsturnată.

d) Concepţiunea extra-uterină. — Fotografia roentgeniană încă n'a izbutit să identifice o gestaţiune ectopică. Aceasta din cauza inconvenientului, frecvent verificat, decurgând din ankistarea embrionului care, infiltrându-se cu săruri calcaroase (lithopedion), rămâne ani de zile inaccesibil razelor X.

e) **Anomaliile fetale.** — Dacă hidrocefalia poate fi constatată și clinicește, în schimb cele mai multe dintre monstruozitățile fetale nu se pot identifica *in utero* decât numai cu ajutorul radiografiei scheletului fetal.

f) **Diferențiarea fătului de o tumoare.** — Ficțiunea legală a fructului concepțiunii se poate să nu fie în realitate decât o formațiune neoplasică ori un teratom (care, se știe, formează tranziția între tumoare și monstru și, după caracterizarea lui *Babeș*, e o tumoare congenitală produsă printr'o turburare în desvoltarea embrionului).

Diferențiarea unui uter gravid de o tumoare abdominală sau pelviană, *foarte anevoioasă în prima jumătate a gestațiunii, devine o certitudine în a doua jumătate a sarcinii*, grație radiografiei scheletului fetal, atunci când fătul e mort.

Radiografia mai permite identificarea unei tumori, coexistentă cu gestațiunea (cazul publicat de *Blanche:* clișeul arată un kist al ovarului asociat cu o concepțiune intra-uterină).

D. Vârsta fătului și durata sarcinii

Elementele de orientare sunt: 1) data ultimei menstruații (element foarte instabil); 2) data coitului fecundant; 3) turburările simpatice; 4) perceperea mișcărilor active ale fătului; 5) volumul uterului; 6) gradul de desvoltare a fătului.

In ce privește durata sarcinii, vezi: vol. II, cap. „Tăgada paternității".

5. EFECTELE MORBIDE ALE SARCINII

Sarcina agravează unele boli infecțioase ale femeii însărcinate:

1. **Variola:** intensificare a fenomenelor generale, a rachialgiei: frecvența vărsăturilor *(Lelièvre)*. Erupția e adesea confluentă și poate lua forma hemoragică *(Richardière, Lesueur)*. Dacă agravarea se manifestă la 24 sau 48 ore după facere, boala, la început de formă banală, poate lua una hemoragică mortală *(Jeannin-Ecalle)*.

2. **Vaccinul.** — Evoluția vaccinului nu e nici turburată, nici agravată de sarcină.

3. **Pojarul.** — Complicațiunile pulmonare (broncho-pnemoniile, bronșitele capilare, pleureziile) sunt de un pronostic grav *(Jeannin-Ecalle)*.

4. **Scarlatina:** frecvența complicațiunilor renale.

5. **Tusea măgărească** e de un pronostic grav, numai atunci când e complicată cu bronco-pneumonie.

6. **Oreionul:** complicațiuni renale.

7. **Erisipelul:** frecvența complicațiunilor pulmonare și a leziunilor rinichilor.

8. **Encefalita letargică:** Vărsături şi bronco-pneumonie, mortalitatea de 60% *(Vincent, Gaujoux).*

9. **Difteria:** paralizii difterice; extensiunea falşelor membrane la laringe; pronostic uneori mortal *(Chambrelent).*

10. **Febra tifoidă:** uneori complicaţie de septicemie puerperală; mortalitate de 10% *(Tarnier, Budin).*

11. **Colibacilosa** are drept complicaţiuni: pielonefrita, cholecistita şi apendicita.

12. **Gripa** e de un pronostic grav în caz de complicaţiuni pulmonare (din 65 cazuri, 38 decese — *Marlartic).*

13. **Pneumonia:** mortalitate de 15%, dar cu un procent mai mare în ultimele 3 luni ale sarcinii.

14. **Bronco-pneumonia** se agravează îndeosebi după facere; în majoritatea cazurilor moartea survine la câteva zile după uşurare.

15. **Blenoragia:** intensificarea simptomelor de infecţiune gonoreică; frecvenţa complicaţiunii de bartholinită; trezirea metritei gonococice cu dureri abdominale; trezirea unei vechi colecţiuni tubulare.

16. **Paludismul:** anemie, cachexie, hemoragii, nevralgii, cefalalgii, turburări de inervaţiune cardiacă; pronostic grav prin apariţia icterului.

17. **Holera:** mortalitate de 62%.

18. **Sueta miliară** se agravează *(Parrot).*

19. **Cărbunele:** pronostic foarte grav.

20. **Ciuma:** pronostic mai întotdeauna fatal *(Lorano).*

21. **Melitococcia** poate compromite sarcina (câte două avorturi consecutive notate la trei femei. — *Levi).* Asociat cu streptococul, melitococul agravează pronosticul infecţiei puerperale.

22. **Tuberculoza pulmonară:** agravarea bolii în curs de evoluţie; trezirea tuberculozei pulmonare latente.

23. **Tuberculoza laringee**, primitivă sau secundară, vechie sau recentă, are o evoluţie extrem de gravă: mortalitate de 90%.

24. **Peritonita tuberculoasă:** rapida creştere a volumului abdomenului cu dureri, dispnee şi febră.

25. **Tuberculoza renală**, preexistentă sarcinii, se agravează.

26. **Tuberculoza articulară şi osoasă** în evoluţie, mai ales când există fistule, se agravează.

27. **Tuberculoza ovariană** e agravată.

28. **Lupus:** reactivarea leziunilor *(Bar, Thieberge).*

29. **Sifilisul.** — Agravarea sifilisului se traduce prin: rapiditatea apariţiei diverselor leziuni, intensitatea şi tendinţa la extensiune a leziunilor, persistenţa acestora.

30. **Ptyalismul** e adesea însoţit de hipertrofia glandelor salivare şi a corpului tiroid.

31. **Gingivita şi stomatita:** tumori fongoase şi moi, sângerânde la nivelul rădăcinilor sau al dinţilor cariaţi.

32. **Epulis** (tumoare epitelio-conjunctivală de origine paradentară — *Stepinski)* se desvoltă repede cu hemoragii abundente.

33. **Odontalgia:** sarcina are o influenţă pernicioasă asupra dentiţiunii.

34. **Boala emetisantă** e fatală pentru gravidă, dacă nu se întrerupe sarcina *(Marcel Metzger).* Aspiraţia materiilor vomitate cauzează moartea prin sufocare *(Ziemke).*

35. **Ulcerele stomacului şi ale duodenului:** hemoragii mai abundente; facerea provoacă rupturi vasculare şi favorizează perforarea.

36. Ocluziunea intestinală e favorizată de deplasarea massei intestinale, sub influența desvoltării uterului. — Leziuni gangrenoase ale colonului pelvian cudat la nivelul strâmtoarei superioare *(Pollosson)*.

37. **Herniile**, oricare ar fi sediul lor, se reduc temporar (până la sfârșitul sarcinii) sub presiunea globului uterin; dar, odată uterul golit de conținutul lui și retractat, orificiul herniar fiind acum dilatat, hernia reapare, de astă dată agravată.

38. **Apendicita** se poate nota în orice fază a gestațiunii, dar mai frecvent în intervalul dintre luna 5-a și luna a 7-a. Simptomatologia apendicitei gravidice diferă de aceea a apendicitei obicinuite: peritonite, abcese, apendicite gangrenoase.

39. **Constipația** joacă un rol în patogenia vărsăturilor incoercibile, a eclampsiei și a hemoroizilor. Ea favorizează flora microbiană a intestinului (în deosebi colibacilul).

40. **Icterul grav** e de un pronostic alarmant.

41. **Litiasa** biliară e foarte frecventă.

42. **Crizele** hepatice apar mai ales în ultimele două luni ale sarcinii.

43. **Kistul hidatic** al ficatului e foarte rar. *Bar* și *Blandin* semnalează o ruptură a kistului în timpul sarcinii.

44. **Diabetul** e agravat (mortalitate de 30%). Intreruperea artificială a gestațiunii (avortul terapeutic) nu e însă de rigoare decât în cazurile extrem de grave, cari necesită o enormă doză de insulină, în practică cu neputință de injectat *(Bach*, 1928).

45. **Glycosuria** nu poate compromite viața gravidei. Constant notată, în timpul gestațiunii, la 33% din femeile normale, glycosuria îmbracă deobiceiu o formă transitorie *(Wolff*, 1928).

46. **Leziunile** mesenterului: ruptură sau trombus al vaselor meseuterice.

47. **Gușa**: hipertrofia care provoacă spasmul glotei (câteva cazuri de moarte subită, notate de *Horwitz)*; asistolia, supurația gușei; hemoragii uterine grave (în momentul ușurării). Se mai notează fenomene de basedowificare: tachicardie, tremurul mânii și al limbii, exoftalmie.

48. **Syndromul Graves-Basedow** are complicațiuni foarte grave: insuficiență cardiacă, accidente de compresiune laringee, syndrom toxemic (care poate cauza moartea).

49. **Hypotiroidia**: cachexie strumiprivă agravată.

50. **Hemoragia și ruptura splinei** se notează foarte rar.

51. **Leucemia gravidică**: agravare rapidă.

52. **Hemofilia**: peste 40% din hemoragiile grave în momentul facerii.

53. **Purpura gravidică** (apare deobiceiu în a 7-a sau a 8-a lună) are urmări letale în majoritatea cazurilor.

54. **Anemia perniciоasă**: 87 % cazuri de moarte.

Grație metodei terapeutice a lui Whipple, întreruperea artificială a sarcinii nu se mai impune întotdeauna ca o necesitate ineluctabilă.

55. **Cardiopatia**: accidente grave mai frecvent în caz de leziune dobândită decât în acela de leziune congenitală.

In majoritatea cazurilor, un defect valvular bine compensat se agravează prin sarcină. Defectele mitrale (îndeosebi *stenosa mitrală)* dau cel mai mare procent de complicațiuni serioase. Important pentru pronostic e înainte de toate valoarea funcțională a miocardului. — Cauza morții la gravidele cardiace e mai ales asistolia și edemul pulmonar acut; mai rar sincopa, embolia și ruptura inimii. Din 14.314 gravide observate în intervalul dela 1919 la 1927, s'a notat la 237 boli organice ale cordului, dintre cari au murit 9 (6 cu stenoză mitrală și 3 cu insuficiență mitrală), iar cauza finală a morții a fost: asistolia la 6, edemul pulmonar acut la 2, sincopa la 1 (*Bazan-Argentina*, 1928).

56. **Varicele.** — Sarcina provoacă mai multe complicațiuni: ulcere, periflebită (care, la rândul ei, se poate să se complice cu tromboza), ruptura (uneori cu urmări catastrofale din cauza hemoragiei).

57. **Flebita venelor nevaricoase** poate uneori provoca moartea subită.

58. **Meningita supurată** e de un pronostic grav

59. **Tumorile cerebrale:** frecvente cazuri de moarte subită.

60. **Paralizia progresivă:** evoluția ei e agravată și accelerată.

61. **Tabesul:** vărsături incoercibile, turburări vesicale, paralizii oculare, nevrită optică.

62. **Mielita transversă** e cauzată de sarcină și dispare odată cu facerea.

63. **Praliziile centrale:** o mortalitate de 47% în cursul puerperalității.

64. **Polinevritele**, localizate la pneumogastric și la nervul optic, sunt de un pronostic alarmant.

65. **Psichosele puerperale:** în 15 % din cazuri femeea nu se vindecă

66. **Histeria:** manifestațiunile ei câștigă în amploare.

67. **Chorea gravidică** e adesea însoțită de turburări cardiace. In formele ei grave poate fi mortală.

68. **Tetania** are intensitatea mărită

69. **Turburările oculare:** glaucom, nevrită optică, cataractă, nistagmus, daltonism, amaurosă.

Intr'un studiu consacrat gravelor complicațiuni oftalmologice ale sarcinii, *Krückmann* (1929) dă următoarele indicațiuni pentru întreruperea gestațiunii: a) *amaurosa eclamptică*; b) *amaurosa uremică* (numai dacă există convulsiuni puternice și spasme vasculare); c) *retinită* ca simptom secundar al unei nefrite grave, cu îmbolnăvirea nervului optic și cu scăderea accentuată a vederii; d) *hemoragii retiniene* în anemia pernicioasă, în endocardită și în diabet: e) *tuberculoza* oculară numai când există hemoragii ale venelor retiniene; f) *dezlipirea retinei la ochii foarte miopi*, mai ales când, cu ocazia unei alte sarcini unul din ochi a orbit deacum; g) *exoftalmia în morbul lui Basedow* e indicată numai când apar defecte ale corneei

70. **Bolile de piele:** *alopecia gravidică* (în totdeauna transitorie), *pruritul* (generalizat sau localizat) uneori cu leziuni papiloase, *dermografismul, ptyriasis versicolor, impetigo herpetiform* (moarte în 86% din cazuri); *herpes gestationis* nu e decât excepțional o indicație pentru întreruperea artificială a sarcinii (*Buschke*, 1929). — *Brocq*, totuș notează două cazuri mortale.

71. **Bolile vesicii:** incontinență și retențiune de urină, cistită.

72. **Toxemia gravidică:** *albuminuria gravidică, crampe stomacale, constipație, subicter sau icter adevărat, edem, tensiune arterială, dispnee, alterațiuni ale nervului optic, hemoragii cerebrale și utero-placentare, cefalee tenace; eclampsie convulsivă.* — Albuminuria masivă, turburările nervoase toxice, icterul și alterațiunile nervului optic au forme grave. In ce privește *eclampsia convulsivă*, mortalitatea ei e de 20% (de două ori mai mare la multipare decât la primipare).

73. **Pyelonefritele bilaterale:** pronostic din cele mai alarmante (femeea sucombă fie în mijlocul unor accidente uremice, fie în cursul unei cachexii progresive).

74. **Traumatismele** — Sarcina întârziază consolidarea fracturilor. — Rănile cari interesează organele genitale sunt adesea sediul unor hemoragii ce pot deveni mortale.

75. **Sarcina tubară** se termină în genere către a 2-a sau a 3-a lună, fie

printr'un avort tubar, fie prin ruptura externă. In acest din urmă caz, şi in absenţa intervenţiunii imediate, moartea femeii se produce in cel mult 12 ore (*Fuchs*, 1926). Ruptura sarcinii tubare poate cauza o inundaţie peritoneală, cu simptome asemănătoare apendicitei (*Rivières*, 1928).

76. — **Fibromul uterin.** — Miomectomia, ca una care poate primejdui viaţa gravidei nu trebue practicată decât in caz de necesitate absolută.

77. **Hydramnios:** moartea prin asfixie, in asistolie.

78. **Decidua maligna** (cel mai malin dintre cancerele uterine): moartea inevitabilă, dacă nu se operează din timp.

79. **Hemoragia retro-placentară:** moarte in 10 % din cazuri.

80. **Inserţia vicioasă a placentei:** mortalitate de 6—9%.

CAP. XI

AVORTUL (Lepădarea)

> *„L'enfant, personne humaine, qui a donc sa fin propre et indépendante, ne saurait être subordonné et sacrifié comme „moyen" aux intérêts, même aux intérêts vitaux, d'une autre personne, celle-ci fût-elle sa mère".*—Dr. Clement (*Cahiers „Nova et vetera", 1927*).

I. Legislaţie şi definiţie

1. Legislaţia. — „Oricare, prin lucruri de mâncare, băuturi, doctorii violente, sau prin orice alt mijloc, va face, cu ştiinţă, pe femeea însărcinată să lepede, ori cu voia ei sau nu, se va pedepsi cu maximum recluziunei.

„Femeea care, de sineşi, va fi făcut vreun mijloc ca să lepede, sau va fi primit ca să întrebuinţeze mijloace de lepădare ce i se vor fi arătat, ori i se vor fi dat spre acest sfârşit se va pedepsi cu închisoare de la 6 luni până la 2 ani, de va fi rezultat lepădarea pruncului.

„Medicii, chirurgii, oficerii de sănătate, spiţerii şi moaşele care vor arăta, sau vor da, sau înlesni aceste mijloace, se vor pedepsi cu recluziunea, dacă lepădarea va avea loc.

„Dacă, din lepădare, se va fi cauzat moartea mamei, pedeapsa se va aplica cu un grad mai sus" *(art. 246 c. p.)*.

„Aceiaşi pedeapsă (închisoarea de 2—5 ani şi amendă până la 5.000 lei. — *N. A.)* se va aplica, şi când persoana bătută, fiind o femee însărcinată din cauza bătăii, a lepădat" *(art. 240, al. II, c. p.)*

2. Definiţia. — Legea penală, precum era şi firesc, neavând să se ocupe decât de reprimarea infracţiunii, nu avea să dea şi definiţia ştiinţifică a avortului (lepădarea), cu atât mai vârtos că judecata nu e pornită decât numai pe baza rezultatului acţiunii de cercetare. Iar acest rezultat oglindeşte întotdeauna concluziunile expertizei medico-legale, absolut indispensabilă, pentrucă singur omul artei are şi pregătirea şi chemarea de a stabili: 1) în prealabil, dacă a fost avort; 2) în subsidiar, dacă avortul e spontan ori provocat (numai acesta din urmă interesând justiţia).

Deoarece art. 246 c. p. mai sus reprodus nu precizează vârsta sarcinii, ci vorbeşte numai de „femeea *însărcinată*", urmează că există crimă de avort în orice moment al gestaţiunii, inclusiv ultima lună a sarcinii fiziologice. Şi astfel avem şi definiţia empirică a avortului, care se acoperă cu cea medico-legală: *expulzarea voită, premeditată, prin mijloace altele decât acţiunea naturii şi cu inten-*

țiunea de suprimare a rodului concepțiunii, indiferent de e numai embrion ori deacum făt, deci și indiferent de a fost ori nu viabil. — Singurul acest element intențional al suprimării diferențiază, din punctul de vedere medico-legal, avortul fătului viabil de facerea prematură (care, precum am văzut la capitolul „Nașterea", vol. II, poate avea o origine patologică).

Și stăruim asupra elementului intențional al suprimării, pentrucă, în deosebire de unii autori streini, nu admitem concepția după care „nu e nevoie de a se stabili că pruncul era viu în momentul în care manoperele abortive au fost făcute; e avort și când e stabilit că pruncul murise *spontan* în uter". Deoarece, cu o atare definiție n'ar fi posibil avortul terapeutic, care cu atât mai mult se impune în caz de *moarte spontană a fătului în uter.* — Deasemenea nu ne unim cu aceiași autori când adaugă: „Crima de avort mai e caracterizată în cazul când, întreruperea sarcinii fiind efectuată la o „epocă tardivă, *copilul* supraviețuește. Căci, oricum, intervențiunea „a compromis existența copilului. Un medic n'ar avea deci dreptul „de a avansa, fie chiar numai cu câteva zile, expulzarea copilului, „spre a-l face să se nască, de exemplu, în termenul legal care-i asigură legitimitatea". Și luăm pozițiune contra acestui comentariu al legii, pentru considerațiunea că aceeace primează în spiritul legiuitorului e apărarea dreptului la viață a rodului zămislirii. Atunci când e evident că, *fără a se compromite viabilitatea copilului*, o întrerupere bruscă a sarcinii e indicată de o cauză patologică *proprie a primejdui viața mamei*, medicul are datoria de a grăbi facerea și nici o răstălmăcire din lume a noțiunii avortului criminal n'ar putea să-l facă pasibil de sancțiunea penală. Numai când se va face dovada conivenței, cum ar fi în cazul exemplificat în citațiunea de mai sus, medicul poate fi urmărit și încă pentru cumul de infracțiuni: avort și complicitate la înșelăciune. — Când vom expune mai pe larg chestiunea avortului terapeutic, vom indica în cari împrejurări îi e îngăduit medicului să întrerupă artificial sarcina: de pe acum însă ținem să arătăm, că în nici un caz nu ne însușim nici concepțiunea penalistului german *Liszt*, după care „avortul, practicat în scopul de a salva mama, nu implică nici o răspundere". Pentrucă, o atare latitudine, neîngrădită, deschide larg poarta abuzurilor, adică a crimei.

⁂

Definiția noastră — care, în esența, ei oglindește pe aceea a lui *Garraud* („L'avortement est l'expulsion prematurée, volontairement provoquée, du produit de la conception") — diferă de aceea a obstetricii, pentru care nu există decât avort spontan: *expulzarea fătului neviabil, adică înainte de sfârșitul lunii a 6-a sau 180 zile*

(„L'avortement ou fausse couche est l'expulsion du produit de conception avant la date de viabilité du foetus". — *Brindeau*).

Codul nostru penal in vigoare (*art. 246*) prezintă, însă, o lacună cu efect dezastruos, prin aceea că e literalmente mut in ce privește *tentativa de avort*, infracțiune prevăzută, însă, in proectul de cod penal din 1928 („Oricine... va face sau *va încerca* să facă cu știință pe femeea însărcinată să avorteze..." *art. 432*). — Tentativa de avort e astăzi pedepsită ca atare: in *Franța* (legea din 27 Martie 1923, care inlocuește primele trei aliniate ale art 317 c. p) unde și inainte era pedepsită, pe cale de interpretare dată art. 317 c. p. printr'o jurisprudență a Casației; *Austria* (art. 144 c. p.); *Suedia* (cap. XIV, art. 28); *Anglia* (unde tentativa de avort e pedepsită, chiar dacă expertiza medico-legală dovedește că femeea asupra căreia s'a practicat încercarea n'a fost însărcinată.

Și tentativa de avort trebue sancționată, pentrucă se poate întâmpla ca, în urma manoperelor vinovate ale medicului, moașei sau ale ori cărei alte persoane, femeea să se imbolnăvească grav sau chiar să moară, iar embrionul sau fătul, deși distrus ca viabilitate, să rămână în uter. Ne aflăm dar în fața unor consecințe catastrofale ale tentativei, fără ca în realitate să existe și o *lepădare efectivă*. Avortorul e deci răspunzător nu numai de lezarea sănătății sau chiar de moartea gravidei, dar și de distrugerea vieții embrionare. Sub imperiul legiuirii actuale, tentativa de avort nu poate fi urmărită decât în caz de leziuni provocate femeii și atunci pe baza dispozițiunilor privitoare la: „Răniri, loviri și alte crime și delicte comise cu voință" (*art. 238—242* și *art. 243* c. p.) sau pe baza *art. 248* și *249* c. p. („omucidere, răniri și loviri fără voie).

Un alt cusur al art. 246 c. p. e că afacerile de avort sunt de resortul Curții cu jurați, unde se știe cu câtă înlesnire se poate obține achitarea, chiar când faptul e mărturisit. Ar trebui corecționalizate, așa cum s'a făcut în *Franța* (pomenita lege din 1923) și așa cum, cu satisfacție constatăm, prevede art. 432 din proectul de reformă a codului nostru penal. In adevăr, art. 246 prevede pedeapsa recluziunii sau munca silnică pe timp mărginit (aceasta din urmă, în caz de moarte a gravidei) și numai pentru femeea însărcinată prevede pedeapsa corecțională a închisorii (al. II).

Corecționalizarea avortului va avea un efect salutar prin aceea că, dacă nu va suprima cu totul practica, în tot cazul o va reduce în chip simțitor, cum o dovedesc cifrele comparative ale lui *Balthazard*: în 1900, deci sub imperiul art. 317 c. p. fr., Curțile cu jurați din Franța au pronunțat 43 achitări in 73 cazuri deferite lor (*62%* achitări); în intervalul dela 27 Martie 1923 — 27 Martie 1924 (primul an de aplicare a corecționalizării), tribunalele ordinare au rostit numai *90* achitări în 426 cazuri judecate (deci numai *21%*).

II. Etiologia avortului

A. **Cauze socialo-economice.** — Femeea doreşte avortul fie pentru suprimarea unei sarcini ilegitime (seducere, raporturi adulterine, prostituţie făţişă sau clandestină), fie pentru suprimarea unei sarcini legitime (mizerie, teama de desnodământul actului maternităţii, preocuparea de povara materială sporită de cheltuelile creşterii unui copil, dorinţa femeii de a nu pierde o parte din viaţa de plăceri frivole sau din succesul unei frumuseţi efemere, variate interese de familie în legătură cu o eventuală moştenire, etc.).

B. **Propaganda anti-concepţională** care, prin repercursiune, e o propagandă criminală în favoarea avortului, atunci când dau greş mijloacele întrebuinţate pentru împiedicarea impregnării. Pentrucă, odată convinsă să evite sarcina, femeea nu se mai dă în lături dela nici o intervenţie, când totuş a rămas grea.

E plaga aceasta socială şi naţională (deoarece e lezată nu numai familia, ci însăşi naţiunea, familia constituind celula ei de multiplicare) a *neo-malthusiasnismului*. Plagă cu mult mai gravă decât *malthusianismul* iniţial, de oarece acesta, prin continenţa pe care o preconiza, nu putea avea efecte atât de dezastruoase ca acele ale continuatorilor şi reformatorilor tezei clericului englez Malthus. Căci, în definitiv, e lesne să accepţi în principiu leacul *continenţei*, dar e greu să te hotărăşti la aplicarea lui în practică, — în orice caz să-l adopţi ca un articol de credinţă. Atât natura bărbatului cât şi aceea a femeii îşi au prerogativele lor cari, deşi vremelnic înfrânte, se impun din nou cu violenţa forţei elementare a instinctului care reclamă să fie pedeantregul satisfăcut. (Intreruperea coitului crează, mai curând sau mai târziu, grave turburări atât la bărbat, cât şi la femee. La aceasta din urmă provoacă o stare de ectazie vasculară care poate da naştere la falsele metrite ale lui *Doléris* — metrită hiperemică, metrită interstiţială, metrită scleroasă; după *Bossi*, originea *uterului uriaş* şi a *fibromyomului* trebue căutată în aceste leziuni).

Neomalthusianismul — care nu are nici măcar scuza unei convingeri nebune, dar sincere cum a fost aceea a lui Malthus, care se ingrozeşte de perspectiva imaginară a unei suprapopulări a scoarţei pământeşti — neo-malthusiasnismul zicem, nu are la bază decât o preocupare de exploatare: plasarea unor fabricate prezentate ca remediu în contra riscului sarcinii (prezervativele, pesarele oclusive, bureţii, soluţiunile şi tabletele chimice, etc.) Şi aceste produse anticoncepţionale, de o eficacitate mai mult sau mai puţin sigură, au darul de a cauza grave leziuni ale genitalelor femeii: 1) traumatisme repetate ale mucoaselor vaginului şi colului, urmate uneori de ulceraţii cronice *(prezervativul)*; 2) infecţiuni ale colului şi metrite *(pesarele oclusive)*; 3) traumatisme ale orificiului colului *(bureţii)*; 4)iritaţie cronică a mucoasei vaginului şi colului *(soluţiile acide, tabletele)*.

Propaganda anticoncepţională trebue combătută cu toată străşnicia, indiferent de mobil (recent, în Aprilie 1929, am avut regretul de a vedea tolerându-se, la noi, în Bucureşti, într'o sală publică, o conferinţă a unui reputat psichiatru vienez care, apostol al convieţuirii de încercare — concubinajul legiferat —, a recomandat totodată şi un produs chimic pentru evitarea concepţiunii în cursul acestei „Probeehe" — adică un fel de „repetiţie generală", premergătore „premierei" căsătoriei adevărate). Propaganda aceasta nu e numai duşmanul natalităţii, dar şi al sănătăţii morale şi trupeşti. Şi ne bucură că, în sfârşit, s'au trezit şi legiuitorii noştri, manifestându-şi hotărît intenţiunea de a curma cu un rău atât de periculos (*Art. 432, al. VII* din proectul de reformă a codului penal prescrie pedeapsa închisorii de 6 luni până la 2 ani pentru acei cari „oferă, arată, recomandă procedee destinate a preveni sarcina sau a pricinui avortul, precum şi acelora cari prin aceleaşi mijloace fac propagandă anti-concepţională sau în contra natalităţii": iar în caz când procedeele recomandate au de efect avortul, pedeapsa e maximul închisorii corecţionale).

Franţa, după cum ne-a devansat cu corecţionalizarea avortului, tot aşa ne-a luat-o înainte şi cu represiunea propagandei anticoncepţionale (*Legea* din 31 Iulie 1920):

1. Inchisoarea de 3—6 luni şi amenda de 100—500 franci pentru oricine, în scop de propagandă anti-concepţională, descrie, divulgă, oferă de a destăinui procedeele proprii a preveni sarcina, ori face propagandă anticoncepţională contra natalităţii.
2. Inchisoarea de 6 luni până la 3 ani şi amenda de 100—3.000 franci pentru oricine îndeamnă la avort — chiar când îndemnul nu e urmat de efect — şi o face aceasta: *a)* fie prin cuvântări rostite în locuri sau adunări publice, *b)* fie prin vânzare, punere în vânzare, distribuire de cărţi, broşuri, reclame, imagini; *c)* fie prin publicitatea cabinetelor medicale sau aşa-zise medicale.
3. Aceeaş pedeapsă pentru acela care pune în vânzare, distribue remedii, substanţe, instrumente recomandate ca mijloc de avort, chiar şi atunci când aceste mijloace sunt inapte de a realiza avortul.

E vreme să se intervină şi la noi, pentrucă, fără nici o exagerare, evaluăm la 50 la 100 numărul sarcinilor artificial întrerupte şi cam la acelaş procent numărul sarcinilor evitate.

Chiar dacă n'am invoca decât cifrele riguros controlate — *cazurile de avorturi îngrijite în spitale* — şi încă avem o icoană înspăimântătoare de ravagiile curentului pentru suprimarea rodului zămislirii. De prisos să accentuăm că această imagine e extrem de palidă faţă de realitate, pentrucă se ştie că foarte puţine dintre nenorocitele cu avortul practicat au parte de asistenţa spitalicească: 1. o evită din proprie iniţiativă sau din îndemnul familiei ori al avortorului; 2.

internarea nu e posibilă din lipsă de paturi; 3. starea desperată a făcut internarea inutilă; 4. moartea a zădărnicit orice apel la această asistență.

Profesorul Zaharescu-Karaman (Iaşi), pe atunci şef de lucrări la clinica obstetricală din Bucureşti, a întocmit, în 1921, o statistică a cazurilor de avorturi îngrijite la Maternitatea din capitala țării, pe un period de 20 ani (1890—1909).

La un total de 2.641 cazuri, avem etichetate ca avorturi provocate 449. Dar cifra aceasta nu oglindeşte nici realitatea redusă a spitalului, pentrucă, în capul aceleiaşi statistici, găsim indicația: „cauze nedeterminate" 534, față de 2.107 (inclusiv 22 avorturi terapeutice) cauze determinate (avortul provocat şi nu mai puțin de 64 indicațiuni patogenice). Or, e de neconceput, ca pentru peste 20% din cazuri, cauza să rămână misterioasă: noi înclinăm a bănui că aceste 534 cazuri reprezintă procentul avorturilor neterapeutice provocate de medici şi moaşe a căror responsabilitate n'a fost stabilită. Pentrucă ar fi ridicol să mărginim la 1 pe an numărul avorturilor terapeutice într'un oraş cu o populațiune ca aceea a Bucureştilor.

Aşa dar, adăugând şi aceste 534 cazuri la cele înscrise în coloana tabelei statistice, avem un total de 983 avorturi provocate, față de un global de 2.641 avorturi îngrijite, adică peste 37%.

Ținând seama de proporția femeilor admise în spital, procentul avortului criminal față de numărul sarcinilor întrece cu mult cifra de 50% indicată de noi.

C. Epoca avortului. — 1. In ce priveşte *avortul criminal*, indicațiunile statistice diferă după țară şi, în chiar cuprinsul aceleiaşi țări, după cum e vorba de oraş ori de sat (târgoveața e mai „desghețată", deci şi mai pripită decât țăranca). Maximul de frecvență al avorturilor criminale se poate fixa în primele 3 luni ale sarcinii; urmează epoca de 3—6 luni şi în sfârşit epoca penultimelor două luni, 7—8.

2. *Avortul spontan*, care se poate produce în orice stadiu al gestațiunii, e şi el mai frecvent la oraş decât la țară. Indeosebi în marile aglomerațiuni urbane şi în centrele industriale, femeile, în proporție de 10%, suferă de boli hipogastrice *(Zangenmeister)*.

3. Pentru avortul *terapeutic* nu există nici o indicație, sub raportul vârstei sarcinii.

D. Frecvența. — In oricare din formele avortului, contingentul acestuia se cifrează cam astfel: 26% până în luna a 2-a a sarcinii; 61% în lunile a 3-a şi a 4-a; 13% în lunile a 5-a, a 6-a şi a 7-a. Precum se vede, cel mai mare procent îl dau primele patru luni ale sarcinii (87%).

Mai e de notat că, la *multipare*, avortul *spontan* se înregistrează în 92% din cazuri.

III. Cele trei specii de avort

A. Avortul spontan

Intreruperea spontană a sarcinii, care mai înainte era în genere atribuită hipertermiei (ca una ce ar provoca o contracțiune a uterului), e astăzi, în urma investigațiunilor și experiențelor lui *Doléris* și *Doré*, dovedită ca fiind consecutivă următoarelor cauze:

1. *Unor turburări circulatorii și stării de sub-asfixie*, cari însoțesc unele infecțiuni.

2. *Unor leziuni deciduale*, susceptibile de a provoca decolarea oului.

3. *Morții fătului în uter*, datorită: fie leziunilor placentare (infarctus, hemoragie), fie infecțiunii sau intoxicării fătului, prin trecerea prin placentă a microbilor (pneumococ, streptococ, stafilococ, colibacil, bacilul lui Eberth, bacilul lui Koch, treponemul, bacilul pyocianic, etc.), și a elementelor nefigurate (toxine, anticorpi). In cazurile în cari infecția transplacentară e brutală, expulzarea urmează imediat morții fătului, iar când infecțiunea e mai lentă, fătul mort poate fi reținut câtva timp în uter.

4. *Acțiunea toxinelor asupra contractilității uterine.*

5. *In sarcina tubară* (a cărei proporție, față de sarcina uterină, e de 0,5% — *Brindeau)*, se întâmplă rar ca gestațiunea să nu se oprească dela primele luni. Dacă însă trece de prima jumătate, atunci ea se continuă (in 95% din cazuri — *Sittner)* până la termen sau aproape de termen, dar fătul tot moare.

6. In *sarcina ovariană*, întreruperea (datorită unei hemoragii intrafoliculare) se notează în primele două luni. Excepțional sarcina poate dura 4—6 luni *(Sanger)* sau chiar până la termen *(Popoff)*.

7. In *sarcina interstițială* (care e foarte rară) s'au notat cazuri în cari fătul a căzut în uter, iar placenta în abdomen. Ruptura se produce în primele luni ale gestațiunii.

8. In *inserția vicioasă a placentei* (inserție laterală, marginală, parțial sau total centrală) mortalitatea fătului în uter e de 40—70%

9. *Molul hydatiform:* de regulă fătul moare *(Jeannin-Ecalle)*.

10. In *hemoragia retro-placentară:* moartea fătului in 36% din cazuri *(Portes)*.

11. In *anomaliile amniosului* (aderențe și bride amniotice, kisturi, tumori solide): moartea embrionului.

12. In *hydramnios:* în primele luni fătul moare în 1 la 100—150 cazuri; în a doua jumătate a sarcinii, de regulă moartea fătului, iar dacă acesta se naște viu, moare numai decât.

13. In *ruptura membranelor*, al cărei semn clinic e hydroreea amniotică (ruptură care, după *Garipuy* și *Glaize*, se notează până în 16% din sarcini), e greu ca fătul să ajungă la maturitatea normală *(Brindeau-Brouha)*.

14. *Traumatismele, accidentele:* lovire, cădere pe abdomen, cădere violentă pe spate, săritură sau cădere dela înălțime. In toate aceste împrejurări se poate produce fie o deslipire a oului, fie o

plesnire a acestuia (afară de alte leziuni organice, externe şi interne). Atunci când avortul e consecutiv unei agresiuni, deşi de fapt provocat, e totuş considerat ca spontan în ce priveşte răspunderea femeii, iar autorul lovirii ori rănirii e urmărit pe baza *art. 240 c. p.* şi *998 c. c.*

Zangenmeister („Neue Deutsche Klinik" 1928), contestă importanța repercursiunii abortive a traumatismelor — somatice, nervoase, psichice generale ori locale; avortul, dacă se produce, îşi are originea intr'o stare morbidă a gravidei. Intreruperea sarcinii n'a fost observată la femei sănătoase cari au suferit traumatisme grave, chiar dintre acelea cari au interesat uterul sau în intervenții chirurgicale în căile genitale (numai 10% avorturi după ovariotomie; 20% după myomectomie). Nici chiar myomectomii cu deschiderea uterului nu duc în totdeauna la avort.

⁂

a) Bolile infecțioase cari întrerup sarcina sunt:

1. **Variola:** avort în 60% din sarcini; expulzarea se produce indată după moartea fătului

2. **Pojarul:** fătul e expulzat macerat.

3. **Scarlatina** întrerupe sarcina: mai frecvent la începutul perioadei de erupție: mai rar la începutul perioadei de desquamare; excepțional în timpul convalescenței *(Boxale).*

4. **Erisipelul** (transmisibil fătului, în unele formele grave) întrerupe uneori sarcina.

5. **Encefalita letargică:** avort în 10% din cazuri.

6. **Difteria:** avort sau facere prematură în 30% din cazuri *(Anderodias).*

7. **Febra tifoidă:** avort sau facere prematură în peste 60% din cazuri

8. **Colibacilul:** avort (în apendicită, pyelonefrită, cholecistită) sau facere prematură.

9. **Gripa:** avortul frecvent *(Demelin-Grillet).*

10. **Bronco-pneumonia:** în majoritatea cazurilor, moartea fătului în uter precede pe aceea a mamei.

11. **Blenoragia:** avort dar mai rar, în intervalul dintre luna a 2-a şi a 4-a

12. **Paludismul:** în cazurile tratate 8% avorturi şi 28% faceri premature *(Laffont);* în cazurile netratate, 72% avorturi.

13. **Holera:** 81% mortalitate fetală.

14. **Tifosul:** 50% avorturi *(Marchison).*

15. **Sueta miliară** poate întrerupe sarcina *(Parrot, Parmentier).*

16. **Tetanosul:** avortul e excepțional *(Izzoni, Callani).*

17. **Ciuma:** avortul de regulă *(Bar).*

18. **Lepra:** întreruperea sarcinii e frecventă.

19. **Melitococia:** acțiunea abortivă, admisă de *(Bar),* e contestată de *Jeanselme* şi *Rist.*

20. **Tuberculoza.** — Cea *pulmonară* zădărniceşte sarcina, atunci când boala are una din formele cu evoluție rapidă, sau când cachexia mamei e foarte pronunțată. — Dacă totuş gestațiunea nu e întreruptă, se poate întâmpla ca tuberculoza să se transmită fătului (un caz de tuberculoză congenitală la

un nou-născut extras prin cesariana, în cursul evoluției unei *meningite tuberculoase* a mamei — *Couvelaire*, 1928).

21. **Apendicita:** 9% avort sau facere prematură în formele ușoare; 70—90%. în formele grave *(Renwall, Schmid).*

22. **Icterul:** facere prematură *(Vaudescal).*

23. **Diabetul:** 40% avort între luna a 6-a și a 8-a *(Vaudescal).*

24. **Purpura gravă, hemoragică:** de regulă avort sau facere prematură *(Liebling).*

25. **Anemia pernicioasă:** 14% feți macerați, 50% născuți-morți la termen. 10% neviabili *(Aubertin).*

26. **Herpes gestationis:** de regulă moartea fătului.

27. **Peritonita tuberculoasa:** avort frecvent.

28. **Sifilisul.** — In opoziție cu *Zangemeister* (după care rolul abortiv al sifilisului e foarte redus în primele cinci luni ale sarcinii). *Couvelaire* (1929), confirmând pe *Bar*, atribue sifilisului cea mai mare acțiune feticidă.

Contractat în timpul gestațiunii, sifilisul cauzează o mortalitate enormă; 85%, în perioada cuprinsă între a 3-a și a 7-a lună *(Gaucher).* In fiecare din 70% *(Couvelaire).*, 93% atunci când e dobândit în primele trei luni ale sarcinii și aceste două epoci postconcepționale de contractare a sifilisului, fătul e expulzat macerat. Tratat, sifilisul pierde din virulența lui și mortalitatea fetală poate fi redusă până la 30% *(Couvelaire).*

Contractat înainte de sarcină și de dată mai mult sau mai puțin recentă, sifilisul are o acțiune feticidă de 65%, care prin tratament poate fi micșorată până la 5%. — Mortalitatea fetală cauzată de sifilisul vechiu al mamei, dobândit sau ereditar, e de 20%; prin tratament, acțiunea feticidă poate fi diminuată până la 8% *(Couvelaire).*

In *sifilisul fetal*, fătul e expulzat macerat.

In ce privește identificarea sifilisului la gravidă, *Laffon-Niele* (1928) observă, că reacțiunea Bordet-Wassermann e negativă la multipara în antecedentele căreia se relevă expulzare de feți morți și macerați.

b) Intoxicațiunile de natură a primejdui sarcina:

1. **Alcoolismul:** avort și facere prematură în 16% din cazuri

2. **Arsenicul** e abortiv *(Brouardel)* și uneori intoxicația e transmisibilă fătului *(Porak, Arcangelis).*

3. **Saturnismul** *părintelui* poate întrerupe sarcina Saturnismul mamei frecventă întrerupere a sarcinii (la 138 sarcini de femei intoxicate, 36 avorturi, 57 faceri premature, restul copii debili cu grave accidente ale sistemului nervos — *Balland)*

4. **Hydrargirismul**, acut sau cronic, poate întrerupe sarcina.

5. **Cloroformul** și **eterul** întrerup sarcina, atunci când doza întrece pe cea anestezică.

6. **Tabagismul:** avort in proporție variabilă după autori: 9% — *Ygouin*, 11% — *Etienne*, 45% *Jacquemart.*

7. **Sulfura de carbon:** avort inevitabil *(Delpech, Laurent, Sapelier).*

8. **Oxidul de carbon:** în intoxicația lentă și prelungită, fătul sucombă înaintea mamei *(Tissier)*; în intoxicația acută, copilul supraviețuește mamei și poate fi salvat prin extracțiunea cesariană *post mortem* *(Nicloux).*

c) **Odontalgia:** se notează uneori avortul consecutiv unor accidente infecțioase, ocazionate de evoluția măselelor de minte.

d) **Toxemia gravidică** are efect nociv asupra sarcinii în:

1. **Eclampsia:** ori fătul moare şi e reţinut câtva timp în uter, ori copilul sucombă în timpul facerii sau câteva ore după expulzare.

2. **Nefritele:** în forma cloruremică, procentul de avorturi e mai mic ca în forma azotemică. In aceasta din urmă formă, atunci când nefrita e complicată cu hipertensiune, se notează avortul în 80% din cazuri *(Vinay)*.

3. **Toxemia gravidică cu repetiţie:** fătul moare uneori în luna a 6-a, dar se poate desvolta până în a 8-a *(Brindeau)*.

4. **Pyelonefrita:** facere prematură în 25% din cazuri; uneori moartea fătului în uter *(Vaudescal)*.

e) Bolile sistemului nervos cari pot compromite sarcina:

1. **Epilepsia:** avortul e mai mult de atribuit unei afecţiuni sifilitice coexistente *(Vaudescal)*.

2. **Chorea gravidică:** avort sau facere prematură în aproape 50% din cazuri *(Bauer)*.

f) Anomalii interesând uterul şi putând cauza un prejudiciu sarcinii:

1. **Hipoplazia uterină infantilă,** adesea însoţită de deviaţiuni congenitale (anteflexiune sau retroflexiune).

2. **Hiperplazia uterului.**

3. **Uterul dublu,** care poate prezinta următoarele varietăţi: *a) uterus didelphis diductus* — corpuri şi coluri independente, vagin dublu; b) *uterus pseudo-didelphis:* corpurile uterine independente, coluri sudate; c) *uterus globularis bipartitus:* corpurile şi colurile complect sudate; d) *uterus bicornis* — corpurile nesudate în partea superioară, colurile sudate; e) *uterus duplex unicolis* — uter dublu cu un singur col; f) *uterus subseptus unicorporeus* — cavitate unică, dar col dublu *(Commandeur)*. — In uterul dublu, gestaţiunea e dureroasă cu hemoragie precoce. — Un caz de uter dublu, în care jumătatea fibromatoasă negravidă a fost suprimată, rămânând jumătatea sănătoasă, gravidă în luna a 3-a, cu sarcina dusă până la termen — *Couvelaire,* 1928).

4. **Prolapsus uterin, hernie uterină.**

5. **Leziunile colului:** granulaţii, polipi, lungirea hipertrofică, edem; aglutinarea colului *(Naegele)*, obliterarea, diafragmele colului, rigiditatea, deviaţiunile, cancerul colului (avort şi facere prematură în 40% din cazuri. — *Bar, Cohnstein*).

In deosebi în ce priveşte *cancerul colului uterin* e de observat că în unele cazuri avortul terapeutic poate fi evitat, dacă, după ce tratamentul radiologic a dat greş iar gestaţiunea a ajuns la termen, se face extracţiunea copilului pe calea cesariană *(Etienny)*. Imediat după uşurare trebue suprimat corpul uterin spre a se preîntâmpina infecţiunile având ca sorginte colul neoplasic. — In nici un caz femeea nu trebue să nască pe căile naturale, din cauza primejdiei de plesniri, rupturi şi hemoragii uterine.

6. **Strâmtări cicatriciale,** datorite unor cicatrice vicioase la nivelul colului (consecutive fie unei faceri anterioare, fie unei intervenţiuni chirurgicale).

7. **Extensiunea jenată de o deplasare:** retrodeviarea uterului în a 3-a sau a 4-a lună *(Horwitz)*.

8. **Hipo-retracţiunea şi hiper-retracţiunea uterină**

9. **Cicatricele mucoasei sau ale musculaturii.**

10. **Infecţiuni para uterine, tumori.**

11. **Insuficienţa ocluziunii colului.**

12. **Fibromul uterin:** în 728 sarcini complicate cu fibrom 170 avorturi (*Pujol*): cam la acelaş procent (20%—25%) evaluează şi *Keeb* numărul avorturilor.

13. **Sarcina gemelară univitelină,** însoţită de hydramnios acut.

14. **Iritabilitate uterină pe cale reflexă:** *a)* operaţiunile extra-genitale (avort în proporţie foarte redusă); *b)* intervenţiuni în zona genitală şi juxta-genitală.

15. **Afecţiuni ale organelor din vecinătate:** a) *kisturile ovariene* (20% avorturi — *Bernard*); b) *tumorile solide ale ovarului* (foarte rare: 36 la 1.200 sarcini — *Puech, Vanverts*); c) *infecţiunile vaginale;* d) *infeţiunile parametrice;* e) *kisturi hidatice ale basinului* (în 62% din cazuri fătul moare).

16. **Apendicită; peritonită.**

g) Bolile mamelelor cari pot compromite sarcina:

1. **Hipertrofia difuză** provoacă turburări funcţionale: fătul sucombă în uter ori e prematur expulzat.

2. **Abcesul** (5%) şi **cancerul sânilor** (nu prea frecvent) provoacă şi ele turburări funcţionale, capabile de a întrerupe sarcina.

* * *

Statistica Maternităţii din Bucureşti pe un period de 20 ani (întocmită de Zaharescu-Karaman) dă, sub raportul patogeniei avortului spontan, următoarele cifre:

I. Oboseala, surmenajul, efortul 435 cazuri. — Obezitatea 2. — Emoţiunea 16. — Debilitatea 1.

II. Sifilisul 429 cazuri.

III. Afecţiuni utero-anexiale 177. — Endometrită gonococică 15. — Fibrom uterin 9. — Prolaps uterin 2. — Uter cordiform, uter bicorn, uter didelf cu vagin dublu — câte 1 caz. — Retroversiune uterină 1. — Corpi streini introduşi în uter 3. — Chist al ovarului 2.

IV. Albuminuria 153.

V. Traumatismul accidental 143. — Coit traumatizant 3. — Traumatism operator 1.

VI. Placenta praevia 58.

VII. Tuberculoza pulmonară 31. — Gripa 28. — Pleuro-pneumonia gripală 2. — Congestia pulmonară 2. — Diabetul zaharat 2. — Febră tifoidă 10. — Pneumonia 10. — Cardiopatiile 13. — Nefrita cronică 5. — Bronşita cronică-emfizem 4. — Pleurezia seroasă 3. — Colica nefritică 3. — Broncho-pneumonia tuberculoasă 1.

VIII. Sarcina gemelară 27. — Sarcina trigemelară 4. — Sarcină în cornul drept 1. — Sarcina molară 10.

IX. Alteraţiuni ale oului 3. — Hydramnios 8. — Hidrorree deciduală 1.

X. Reumatismul articular acut 8. — Pelagra 2. — Epilepsia 2. — Intoxicaţia alimentară 2. — Apendicita, antrax al feţei, artrita gonococică a genunchiului, anevrismul aortei descendente, cancer al ficatului, disenteria, hemoragia cerebrală, erisipelul, flegmonul gâtului, flegmon al coapsei drepte, intoxicaţia cu chinină, meningita tuberculoasă, morbul lui Pott, stercoremia, taenia solium, arsuri, bae rece — câte 1 caz.

B. Avortul terapeutic

Pentru medic e întotdeauna un caz de conştiinţă, atunci când e să se hotărască pentru avortul terapeutic: pe deoparte preocuparea de viaţa mamei, pe dealta aceea de soarta rodului concepțiunii. Numai in cazurile, mai sus enumărate și în cari sorții de vieață ai fătului sunt minimi și după ce, în prealabil, s'au epuizat toate mijloacele de atenuare a bolii mamei și de inlăturare a primejdiei neîndoioase de moarte pentru aceasta, avortul terapeutic e indicat.

Cazul de conștiință ce se pune omului artei nu trebuie să fie niciodată influențat de considerațiunea legitimei apărări în favoarea mamei (teza lui *Maxwell*, după care mama e deacum o vieață utilă, iar despre embrion ori făt nu se știe ce se va alege de el: va muri in uter, se va naște viu, va fi viabil, va avea ori nu tare congenitale, vicii de conformație cari să facă din el un individ inutil societății?). Există numai un conflict de existențe, dintre cari nu trebuie salvată una cu sacrificarea sigură, dar *nu* absolut necesară, a celeilalte: *„La nature oppose l'une à l'autre deux existences: dans le conflit extrême on peut suprimer l'une ou l'autre sans crime. Mais on sait que les conditions de la nécessité son plus rigoureuses que celles de la légitime défense, et la mort de l'enfant n'est autorisée que si la vie de la mère court un extrême danger"* (Garçon). Numai încredințat de existența primejdiei de neînlăturat, medicul poate jertfi vieața fătului, pentrucă sunt cazuri în cari, deși în aparență indicat, totuș avortul terapeutic a fost refuzat, fără ca prin aceasta să se fi periclitat vieața gravidei. Așa, *Goldschmidt* (1928) notează 14 observații de femei la cari, in timpul sarcinii, s'au identificat boli serioase (tuberculoză, cardiopatie) și totuș medicii au refuzat întreruperea artificială a gestațiunii: la nici una din aceste femei nu s'au înregistrat, nici la facere, nici in anii următori, consecințe mortale. E adevărat, însă, că, în schimb, s'a notat un procent mare de mortalitate a copiilor născuți la termen. In caz de strâmtare excesivă a basinului, accidentele de compresiune, atunci când sunt grave și nu cedează tratamentului medical, pot constitui o indicație de întrerupere a sarcinii *(Voron)*.

Odată convins de necesitatea mijlocului eroic, medicul nu va ezita de a provoca avortul, pentrucă și în această împrejurare el nu numai iși exercită o atribuțiune de competență, dar încă își îndeplinește una din sacrele sale îndatoriri profesionale, menirea lui fiind *„à faire tous les actes qui ont un but curatif, lorsqu'il est appelé par le malade" (Garçon)*. Singurele precauțiuni de ordin formal, ce i se indică, sunt două. Intâiu, se va asigura de consimțimântul soțului ori, in absența acestuia, de acela al unui membru al familiei. In al doilea loc, va provoca — afară numai dacă extrema urgență și imposibilitatea materială nu constitue o piedică — o consultație cu un confrate, cu încheerea unui proces-verbal în dublu exemplar. Această consultație il pune la adăpost de răspunderea penală și civilă a unui eventual desnodământ catastrofal, a unor leziuni mai mult sau mai puţin grave, a unei infirmităţi temporare sau permanente — toate consecutive intervenţiei sale.

Medicul e însă răspunzător de urmări, atunci când se dovedeşte că, sub masca avortului terapeutic, a practicat de fapt un avort criminal. Pentrucă, din nenorocire şi spre ruşinea corporaţiei medicale, sunt practicieni cari îşi fac o specialitate foarte rentabilă din pseudo-avortul terapeutic cu consecinţe nu odată catastrofale.

C. Avortul criminal

Statistica lui *Bumm* arată: 11 avorturi criminale la 1 avort spontan. In marile aglomeraţii din Germania (unde numărul anual al avorturilor criminale e evaluat la 500 000), avortul provocat reprezintă peste 50% din totalul sarcinilor *(Zangenmeister)*.

Caracterizat ca atare atunci când nu e nici spontan, nici terapeutic, avortul criminal obţine moartea fătului în uter, decolarea oului ori contracţiunea uterină, fie pe cale de ingerare a unor substanţe mai mult sau mai puţin toxice, fie în urma unor manopere mai mult sau mai puţin eficace, dar întotdeauna cu periclitarea sănătăţii dacă nu chiar şi a vieţii femeii. Statisticile — atât cele vechi cât şi cele recente — sunt de o înfiorătoare elocvenţă:

Mauclaire, intr'o comunicare pe vremuri făcută la Societatea de Medicină Legală din Franţa, a fixat la maximum 6% numărul morţilor (imediate sau după câteva zile dela provocarea avortului).

Acelaş procent e indicat şi de *Doléris*.

Audebert, dimpotrivă, a stabilit că mortalitatea poate trece chiar de 9%, iar dintre acele cari supravieţuesc multe femei, dacă nu sunt mutilate în ce priveşte organele funcţiunii genezice, rămân cu supuraţiuni prelungite, benigne sau de natură mai gravă. La al 9-lea Congres al Natalităţii, obstetricianul dela Toulouse îşi încheia un documentat raport cu următoarea constatare: „Moartea pândeşte femeile la cari se provoacă avortul, 1 din 10 plăteşte cu viaţa ei manoperele la cari se pretează, iar 2—3 din 10 rămân pe veci infirme".

O statistică a lui *Grzywo-Dobrowski* (1928) ne dă, pentru Varşovia (perioada 1921—1926) următoarele cifre pentru cauza morţii, consecutivă complicaţiunilor avortului: septicemie 62, peritonită şi anexite 76, rupturi uterine 17, leziuni vaginale 8, hemoragii 3, şoc 1, intoxicaţiune (cu sublimat, fosfor) 4.

In ce priveşte mersul şi mecanismul avortului, *Brindeau* şi *Lemeland* dau următoarele indicaţiuni:

1. In primele 2 luni ale sarcinii, orificiul extern al uterului rezistă uneori şi oul poate fi reţinut câtva timp în cavitatea cervicală.

2. In perioada dela 3 la 4 luni, sau avem expulzarea oului întreg, sau, oul plesnind, e expulzat întâiu fătul şi apoi membranele ovulare.

3. In perioada dela 5 la 6 luni, mecanismul avortului e la fel

ca al facerii la termen (dar mai anevoios. pentrucă aderențele uterine sunt mai intime): întâiu e expulzat fătul, apoi casa.

1. Substanțele reputate abortive

Efectul acestora, după însăș natura substanței, se traduce prin:

a) *Moartea fătului:* 1. prin acțiunea directă (circulația placentară) a toxicului asupra fătului; 2) prin modificările circulațiunii cari compromit integritatea nutrițiunii fătului.

b) *Desprinderea* oului: hemoragiile uterine, deciduale sau retro-placentare slăbesc aderențele.

c) *Contracțiunea reflexă a uterului* prin acțiunea iritantă ce substanța o exercită asupra rinichilor.

Tardieu nu admite existența unor substanțe abortive propriuzise; după el, expulzarea fătului consecutivă administrării unei atari substanțe trebuie privită ca un fenomen constitutiv al sindromului unei otrăviri a mamei, iar nu ca efect al acțiunii elective a otrăvii. Cu alte cuvinte rolul esențial al substanței ar fi de a îmbolnăvi mama și numai boala ar provoca avortul.

Impreună cu *Coutagne* nu vedem interesul medico-legal al acestui *distinguo* subtil. pe expert nu trebue să-l preocupe decât un lucru: substanța administrată fost-a ea capabilă de a provoca expulzarea fătului? Dacă această substanță a jucat, față de mamă, și rolul unui agent toxic, aceasta e o altă lature a expertizei, cu totul deosebită de aceea a avortului criminal. Pentrucă există substanțe cari, în realitate, nu au decât o acțiune ce se mărginește la organismul mamei pe care-l zdruncină mai mult sau mai puțin, fără a avea și un efect abortiv. După cum sunt substanțe pur abortive, fără a compromite câtuș de puțin sănătatea mamei, precum o arată următoarea observație:

O femee de 40 ani. spre a avorta, ia: timp de 5 zile și la fiece patru ore, o lingură din poțiunea următoare: apă de sabina 100 gr., apă de ruta 50 gr., sirop de scorțișoară 10 gr.; timp de 10 zile, câte două capsule de 10 ctgr. de apiol. După 7 săptămâni se pronunță durerile uterine cu scurgerea lichidului amniotic; dar avortul nu se produce decât după alte 27 zile, in a patra și jumătate lună a sarcinii *(Martin Saint-Ange)*.

Dintre substanțele abortive mai frecvent utilizate notăm:

1. **Secale cornutum** (secară cornută, cornul de secară, mama săcării, clonții babei)). — După unii substanța aceasta n'are niciodată efect abortiv, ci cel mult poate ajuta la intensificarea sau trezirea contracțiunilor uterine, atunci când durerile s'au pronunțat, deci facerea a început. După alții, absolut nulă in primele trei luni *(Thoinot)*, in primele 5 luni *(Tardieu)* ale gestațiunii, acțiunea e inconstantă în perioada următoare când, chiar eficace, efectul întârzie câteva zile. In observațiunile sale. *Krause* notează 5 succese, dar trist

compensate prin moartea mamei. — *Simptomele:* sete mare, vărsături, colici, diaree, încetinirea pulsului, epistaxis, anurie, cefalalgie, amețeli, stupoare, delir, hemoragie abundentă care provoacă moartea.

2. **Sabina** (cetenă de negi) e un abortiv pe cât de inconstant și cu efectul lent (reclamă ingerarea zilnică a unei cești de infuziune timp de cel puțin 6 săptămâni), pe atât de periculos. — Efectul poate fi: a) *o intoxicație ușoară* (atunci când infuziunea nu e destul de tare), fără întreruperea sarcinii; b) *o intoxicație mai gravă și cu avort în cursul intoxicării;* c) *o intoxicație mortală, fără avort;* d) *o intoxicație mortală și cu avortul,* care precede cu puțin morții. — — **Smptomele la femeea vie:** salivație, vărsături verzi cu miros de rășină și uneori sanguinolente, dureri gastrice și abdominale, diaree (uneori sanguinolentă), oligurie, hematurie, crampe, convulsiuni; în caz de consumație prelungită poate provoca și orbirea *(Weisenberg-Willimzik).* Se examinează conținutul stomacal, dejecțiunile și petele de fecale de pe rufe, cearceafuri, etc. și se identifică substanța uleioasă. — **Diagnosticul pe cadavru:** semnele gastro-enteritei, colorație verde isbitoare a conținutului stomacal („supa verzue de mazăre" a lui *Taylor),* prezența eventuală de fragmente de frunze, colorația verde a esofagului, stomacului și a unei părți a intestinului.

3. **Ruta graveolens** (ruta, virnantul) se întrebuințează sau ca aplicațiune externă a frunzelor fragede, sau ca decocțiune de frunză și rădăcină. Abortiv drastic (efectul în 48 ore, cu dureri uterine), dar provoacă și moartea — **Simptomele la femeea vie:** salivație abundentă, tumefiarea limbii, gastro-enterită, somnolență, prostrație, lipotimie, puls slab și lent. — **La autopsie** se găsește o congestie a pereților stomacului și ai intestinului subțire.

4. **Uleiul de thuja occidentalis:** gastro-enterită cu avort urmat imediat de moarte *(Sander, Tschirch).*

5. **Șofranul** — crocus sativus (decocțiunea unei doze care, spre a fi abortivă, e, după *Hedren,* de 2 gr.) poate provoca moartea. — **Simptomele la femeea vie:** roșeața feței, epistaxis, amețeli, vărsături, hematurie, bradycardie, contracțiuni. — **La autopsie:** hipermia creerului și a mucoaselor stomacului și intestinului.

6. **Saburul** (aloe): efect mortal în doza de 8 gr. *(Taylor).*

7. **Apiolul** (extras din pătrunjel) fie sub formă de lichid uleios galben sau verde, fie sub aceea de cristali albi greu solubili.

8. **Ienupărul** (inibaharul, cetena, jneapănul — *juniperus communis*): decocție ori maceratie de frunze și de vârfuri.

9. **Ștrigoaea** (eleborul negru și verde): decocția rădăcinii fiartă în zer.

10. **Asmățuiul** (anthriscus cerefolium): decocțiunea plantei întregi.

11. **Pelinul** (artemisia absinthium): decocție de frunze și de flori.

12. **Pelinarița** — pelinul negru (artemisia vulgaris): decocție de frunze, flori și rădăcină.

13. **Rosmarinul:** se ia sau sub formă de infuziune ori de esență, sau sub aceea de plămadă, în rachiu de drojdie.

14. Tinctura de **jalapa** compusă sau rachiul nemțesc, prin extragerea din rădăcina plantei *exogonium jalapa.*

15. **Trandafirul negru** (flores malvae arboreae): se ia ca decocție.

16. **Leandru:** decocție și introducerea tijei în colul uterin.

17. **Permanganatul de potasiu în asociație cu caolinul:** pilule.

18. **Cantarida:** în băutură.

19. **Chinina:** acțiune abortivă foarte discutabilă *(Brindeau-Lemeland).* In doze mari provoacă o gravă intoxicație (8 gr.: intoxicație, fără avort — *Wunderlich,* 1920).

20. **Belladona** (mătrăguna), **emeticele, purgativele** (chiar cele mai dras-

tice, cum ar fi *uleiul de croton)* au un efect abortiv aproape nul, dar în marea majoritate a cazurilor cauzează boli ale tubului digestiv și ale rinichilor.

21. **Extractul** de ovar poate fi abortiv *(Brindeau-Lemeland).*

22. **Fosforul:** abortiv (trece la făt și-l omoară) dar și cu intoxicație letală, provocând hemoragie uterină.

23. **Arsenicul** (prin ingerarea sau prin introducerea în vagin: depus sau insuflat) trece la făt și-l omoară. Intoxicație mortală. — Până la exercitarea unui control sever al debitării otrăvurilor, arsenicul era abortivul cel mai frecvent întrebuințat (statisticile lui *Hedren, Lewin* și *Filmousi-Guelfi).*

24. **Plumbul** (pilule de plumb, injecțiuni vaginale cu ceruză). Doza abortivă e cât jumătatea dozei letale. — *Lithargirul* cauzează des intoxicațiuni grave (6 atari cazuri notate de *Meulengracht* — 1929).

2. Manoperele abortive

In teză generală, succesul acestor manopere e în funcțiune de gradul lor de eficacitate, de natura și gravitatea leziunilor făcute oului ori aderențelor acestuia și de epoca sarcinii: expulzarea e mai repede în decolarea decât în puncțiunea oului; în lunile a 5-a, a 6-a și a 7-a, decât în primele 4 luni. Uneori consecutivă la numai câteva ore dela practicarea manoperelor, expulzarea poate întârzia câteva zile (2—15) și chiar mai mult. (O tânără Bretonă rămânând însărcinată, mama ei, cu ajutorul unei sonde uterine, i-a făcut, cu irigatorul, o injecție intra-uterină de apă săpunită. Imediat s'a produs o metroragie care a persistat timp de *18* zile și numai după aceasta a fost expulzat un făt de 5 luni — *Balthazard).*

* * *

a) **Practicate de medic:** raclajul, cu dilatarea prealabilă a colului. (Uneori injecții intrauterine de tinctură de iod sau de glicerină).

b) **Practicate de moașe, empirici sau de însăș femeea:** 1. *Spălături cu săpun; băile de picioare sau băile generale, fierbinți; flebotomie, aplicarea unei pungi cu ghiață sau a unei comprese calde în regiunea hipogastrică; aplicarea de lipitori, excitațiunile mamare (sugerea sfârcului) — toate ineficace.*

2. *Loviri cu pumnul în regiunea epigastrică, gimnastică violentă:* uneori ruptură uterină, cu hemoragie și, consecutiv, desprinderea membranelor cu avort imediat sau întârziat.

3. *Masaj abdominal* pentru frământarea uterului.

4. *Tamponarea vaginală.*

5. *Traumatisme pe suprafața externă a colului,* cauterizarea colului, dușul vaginal, abuzul coital.

O observație personală. O pruncucigașă, examinată la Institutul Medico-Legal din București, a mărturisit că, în scopul de a provoca avortul, a făcut exces de raporturi sexuale, conjugale și extra-conjugale; „sacrificiul" nu i-a servit la nimic, pentrucă tot la termen a născut copilul, pe care în urmă s'a grăbit să-l suprime.

6. *Dilatarea colului cu degetul, cu laminare, sau cu alte instrumente în timp ce cu mâna cealaltă, prin comprimarea abdomenului, se împinge uterul în jos.*

7. *Puncțiunea membranelor* cu diverse instrumente înțepătoare: undrea, ac de păr, vârful unui toc de scris, sârmă, croșetă, pană de gâscă, cateter și chiar cu unghia degetului introdus prin col.

8. *Deslipirea membranelor:* cu ajutorul unui instrument, cu degetul, prin injectarea intra-uterină a unui lichid toxic sau caustic (extract de secară cornută, apă săpunită, macerațiune de tutun).

9. *Provocarea contracțiunilor uterine* prin aplicarea prelungită a unui curent electric ori prin acțiunea intensivă a razelor Roentgen.

10. *Acțiunea psichică:* intimidarea, spaima, sugestiunea.

IV. URMĂRILE AVORTULUI

1. **Leziunile vaginale.** — Ruptura părții superioare poate fi de un pronostic foarte grav, iar ruptura părții inferioare de un pronostic mai puțin grav *(Brindeau-Lemeland).* — Leziuni grave ale peretelui vaginal, consecutive unor spălături vaginale repetate (de 2—3 ori pe săptămână, timp de 2 luni și jumătate) cu o soluție concentrată fierbinte de opium *(Dierks,* 1927).

2. **Rupturile colului uterin** cu un pronostic care variază după originea și gravitatea hemoragiei. — *Rupturi cervicale centrale* cu stabilirea unei comunicații între canalul colului și fundul vaginului. (1. O primipară de 28 ani, cu uter infantil. După dilatarea repetată și introducerea unei vesice Zweifel-Tarnier și după 48 ore, fătul a fost expulzat printr'o ruptură produsă în partea posterioară a fundului vaginului. Canalul colului a rămas ermetic închis. — 2. Fătul în a 4-a lună a fost împins în gaura formată în partea posterioară a fundului vaginului și a ieșit printr'un orificiu fistular — *Caffier,* 1928).

E de observat, însă, că asemenea rupturi cervicale pot fi și spontane atât în avortul spontan cât și la facere. Dacă se constată urma unei cicatrice fistulare, atunci se poate admite certitudinea unei rupturi spontane.

3. **Pierderile mari de sânge** (cari persistă mai ales din cauza retențiunii în uter a unei părți din ou) pot cauza moartea. — Hemoragia, atunci când decidua e proaspătă, iar fătul e viu, e foarte violentă după primele 6 săptămâni ale sarcinii, mai ales atunci când instrumentul smulge vilozitățile chorionului *(Graefe).* Dacă hemoragia nu provoacă moartea imediat, femeea poate fi salvată prin laparotomie.

4. **Infecțiunea uterină** provoacă peritonită, procese de embolie și metastaze: septicemia generală se pronunță după câteva zile sau în două săptămâni — moartea. Uneori moartea poate întârzia, atunci când peritonita e mărginită numai la organele basinului, iar catastrofa e consecutivă pătrunderii focarelor purulente în organele vecine sau în cavitatea abdominală. O tumoare septică a duodenului consecutivă hemoragiei (*Katz, 1922*). O tumoare septică a stomacului, prin perforare (*Gundelach*, 1923).

5. **Infecțiuni cu bacterii putrefiante.** — Intervenția intra-uterină provoacă o atare infecție cu proces letal fulgerător (*Nürnberger*), ale cărui simptome sunt: hemoglobinemie (*Weitz*), coloarea bronzată a pielii, colorația roșie-brună a urinei, emfizem al țesutului celular sub-cutanat. Iar pe cadavru se notează prezența gazelor în organe și țesuturi, *afară de intestin*.

6. **Actinomicosa genitalelor** se înregistrează foarte rar (literatura medicală nu cunoaște decât vre-o 60 cazuri). *Haselhorst* (1928) atribue această infecțiune manoperelor abordive cu instrumentul infectat de bacterii actinomice.

7. **Infecțiune tetanică** (*Katz* — 1922, *Schneider* — 1925).

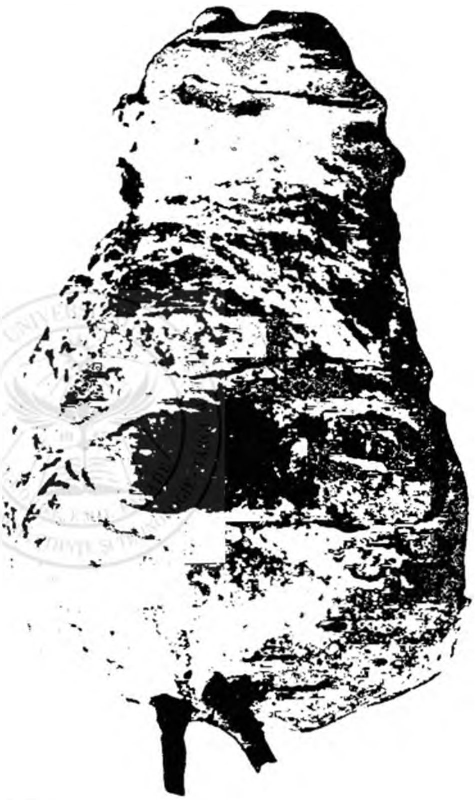


Fig. 41. — Avort provocat: raclaj cu perforarea uterului.

8. **Gangrena membrelor inferioare.** — Un caz relatat de De Senibus: La 5 zile după raclaj, femeea se plânge de furnicături la degetele dela picioare; cu toată îngrijirea medicală, gangrena se întinde la labele picioarelor și la gambe (zone albăstrii și zone anestezice).

9. **Leziuni vesicale.** — Prin infecțiuni de lichid fierbinte, acesta din urmă poate fi introdus în vesică, provocând leziuni ve-

sicale (Intr'un caz de leziune gravă a vesicii, femeea a murit înainte de a avorta — *Haberda*).

10. **Leziuni rectale şi vesicale prin introducerea unui instrument înţepător.**

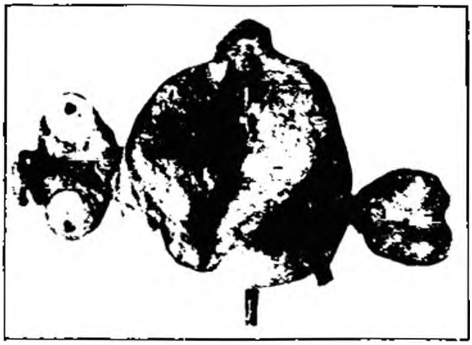


Fig. 42. — Avort provocat: dublă perforare uterină.

11. **Leziunea plămânului:** o gravidă a împins, prin cavitatea abdominală, până în plămân o sârmă lungă de care s'a servit pentru spargerea oului.

12. **Rupturi ale vulvei.**

13. **Ruptura perineului.** — Atunci când leziunea interesează şi sfincterul, pronosticul e mai grav.

14. **Leziunea arterei iliace interne** (prin introducerea unui instrument înţepător în uter). Moarte consecutivă hemoragiei.

15. **Rupturile uterine** — cari, după *Coutagne* şi *Corin*, sunt posibile şi în injecţiile intra-uterine cu scop abortiv — sunt întotdeauna de un pronostic grav, de oarece în cele mai multe cazuri sunt mortale: în $5-6^0/_0$ din cazuri, moartea în 2 ore; în $15^0/_0$ moartea până în 12 ore; în $17^0/_0$ până în 24 ore (*Brindeau-Lemeland*). — In $40^0/_0$ din cazurile de ruptură uterină, moartea e datorită hemoragiei, iar în $60^0/_0$ infecţiei (*Ecalle*). După *Zangenmeister* (1928) mortalitatea în perforările uterine e de $28^0/_0$; la noi se poate evalua la $60^0/_0$, de oarece intervenţia în foarte multe cazuri e tardivă.

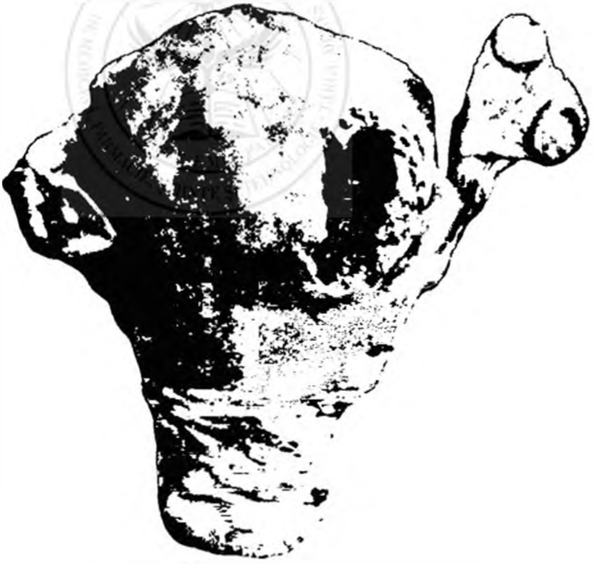


Fig. 43. Avort provocat: perforare uterină.

Perforarea uterului se poate produce şi în intervenţia medicală necesitată de manoperele cari au provocat avortul, ţesutul necrozat al organului nemai prezintând o suficientă rezistenţă acţiunii curetei (*Balard*-1928 citează un atare accident cu un uter în parte necrozat printr'o injecţie abortivă de iod).

Un interesant caz de perforare e relatat de *Sigwart* (1929): O multipară de 27 ani, crezându-se însărcinată, îşi face singură un sondaj uterin şi o injecţie de lisol. Din cauza hemoragiei incoercibile recurge la ajutorul unui medic. Acesta, în credinţa că are aface cu un avort început, dilată uterul gol — *pe care-l ia drept colul uterin* şi perforează fundul organului; dilatând apoi această perforare, pe care o ia drept orificiul cervical, introduce pensa, trage *şi scoate o ansă intestinală.*

16. **Perforarea uterină cu leziuni interesând vecinătatea.** — a) O femee, cu o seringă plină cu o soluţie de sublimat, şi-a perforat uterul, a desfăcut parametriumul stâng şi a rupt uretera stângă (*Klauber*, 1890). — *b*) Perforarea uterului cu leziuni ale peritoniului, ale anselor intestinului subţire şi ale intestinului gros (*Schmidt*—1921, *Colombino*—1927). Mortalitatea în perforarea intestinului subţire e de $20\,^0/_0$, iar în aceea a intestinului gros, de $70\,^0/_0$ (*Zangenmeister*—1928).

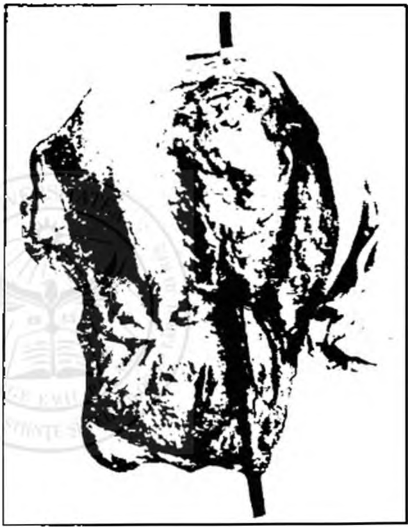


Fig. 44.—Avort provocat: perforarea uterului cu o vergea.

Atari accidente se notează şi în simplele tentative de avort.

17. **Trombus al vulvei şi vaginului:** mortalitate de 12% (*Brindeau-Lemeland*).

18. **Arsuri şi cauterizări ale uterului.**

19. **Fixarea în uter şi migraţiunea instrumentului introdus.** — S'au văzut multe cazuri când o parte din instrumentul introdus (prin rupere) a pătruns în cavitatea abdominală şi a stat acolo fixată vreme mai îndelungată, pentruca apoi să fie eliminată prin anus (*Katz*, 1922). Cateterul a stat 20 luni în escavaţia retro-uterină şi apoi a fost expulzat prin rect (*Barwell*).

20. **Şocul** — a cărui urmare e *moartea subită* — poate fi determinant de o arsură mai importantă a cavităţii uterine. Se no-

tează mai ales în: afecţiuni cardio-vasculare, eclampsie, ruptura aortei, deformaţiuni toracice, afecţiuni renale, boli infecţioase.

21. **Opăriri, cauterizări, stenoză vaginală şi perforări uterine şi vaginale,** în injecţiile cu lichide fierbinţi sau caustice. Dureri spasmodice, leşin şi uneori moarte prin şoc. (O femee, făcându-şi o injecţie de lysol, a rezultat: perforarea peretului posterior al vaginului, o nefrită acută cu anurie şi peritonită, un hematom rectal — *Haberda*).

22. **Embolia gazoasă** cu moartea inevitabilă e unul dintre

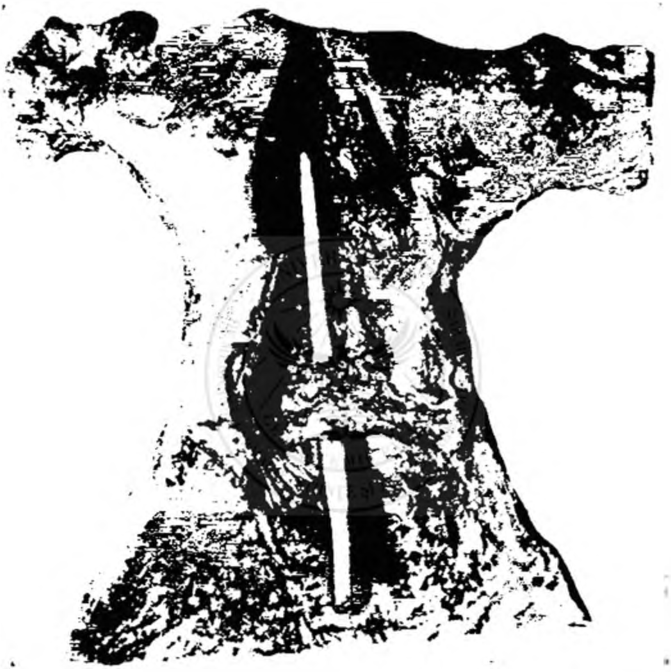


Fig. 45. — Avort provocat prin introducerea unei vergele care s'a rupt în uter.

gravele fenomene cauzate de trecerea lichidului injecţiunii intrauterine (îndeosebi sublimat) în venele uterului. — Embolia gazoasă se poate nota şi în simplele spălături vaginale cu irigatorul, atunci când canula e îndreptată spre orificiul colului, întotdeauna oridecâteori o bulă de aer pătrunde direct în uter, odată cu lichidul.— Moartea e *subită*, atunci când bulele de aer, pătrunse în sistemul circulator, sunt în număr mai mare. Dar *Fink* (1920) a notat moartea consecutivă unei embolii gazoase abea la 5 zile după injecţia lichidului cu o pară de cauciuc: explicaţia e că aerul din depozitelele de gaze ce se formează pătrunde în vene abea după câteva ore, excepţional şi după 1—3 zile (*Hoeslin*—1928 a notat o embolie gazoasă cerebrală într'o simplă tentativă de avort).

23. **Peritonită supra-acută**: a) Moarte fulgerătoare în câteva ore la o tânără lucrătoare cu sarcina în luna a 7-a. — b) *Hellendal*—1923 şi *Carlini*—1928 notează 13 cazuri de peritonită, cu 4 decese, în tentativa de avort şi în sarcina extra-uterină.

24. **Gastrită cronică gravă**, cu desnodământ catastrofal (moartea unei femei căreia, timp de 11 săptămâni, i se administrase doze moderate de secale cornutum — *Parry*, 1928)

25. **Endocardită septicemică tardivă** (moartea după suferinţe consecutive infecţiei şi cari au durat patru ani — *Voelkers*, 1926).

26. **Intreruperea sarcinilor ulterioare**. — In foarte multe cazuri consecinţele practicelor abortive sunt afecţiuni utero-anexiale, mai ales la muncitoare: anexite supurate, insuficient răcite şi reactivate din cauza oboselii, endometrite, retroversiuni aderente, douglasite. Acestea necesită noui intervenţiuni chirurgicale, iar ulterior oul, implantat pe un teren atât de adânc vătămat, fatal se deslipeşte înainte de termen.

27. **Sterilitate**. — Pe când *Vögel* (1928) e de părere că avorturile nu au o influenţă simţitoare asupra fecundităţii, *Audebert* din contră, din observaţiunile făcute in clinica sa, a ajuns la concluzia, că avorturile provocate sfârşesc uneori prin a cauza sterilitatea (sterilitate consecutivă unei pelvi-peritonite cu persistenţa unor aderenţe solide cari au blocat uterul). *Zangenmeister* evaluează procentul sterilităţii la 25%; noi socotim exagerată această cifră.

V. DIAGNOSTICUL AVORTULUI

In materie de avort, concluziunile unei expertize medico-legale sunt intemeiate pe constatări privitoare la: 1) *realitatea avortului*; 2) *natura avortului*: spontan sau provocat (terapeutic sau criminal); 3) *epoca probabilă a sarcinii*; 4) *data manoperelor abortive*.

1. REALITATEA AVORTULUI

Demonstraţia avortului se face prin coordonarea elementelor trase din: 1) examenul embrionului (până la 6 săptămâni) sau al fătului (dela a 7-a săptămână până la termenul sarcinii fiziologice); 2) examenul scurgerilor sanguine; 3) examenul membranelor oului sau al resturilor acestuia (placenta, chorionul şi caduca); 4) identificarea lichidului amniotic; 5) examenul mamei (vie sau cadavru).

A. Embrionul-fătul

1. Vârsta

Vârsta embrionului sau a fătului se determină după gradul de desvoltare (formă, talie și greutate) și starea în care se găsește. De observat că, încă din primele săptămâni, oul e aproape în întregime acoperit cu vilozități (cari îi dau aspectul unui ursin), mai numeroase la bază decât pe partea sferică desvoltată spre cavitatea uterină; în luna a 2-a, vilozitățile dispar depe partea sferică.

Prima lună. — *Săptămâna I-a.* — In tot cursul ei oul rămâne în trompa lui Fallope. După ce a pătruns în partea principală a trompei și a fost fecundat, descinde încet, începând evoluțiunea diviziunilor succesive: segmentarea oului. In tub oul e de 0,2 mm., dar în coborîrea lui dealungul tubului crește la 0.5—1 mm.

Săptămâna a II-a. — Spre a 8-a zi, oul ajunge în uter unde aderează de mucoasa uterină hipertrofiată, în general pe peretele posterior. Curând mucoasa inglobează în întregime oul și se închide în partea întoarsă spre concavitatea uterului, spre a constitui ceeace se numește caduca reflectată. Se desemnează, sub numele de caducă utero-placentară sau secundară, porțiunea mucoasei uterine cuprinsă între oul și partea uterului de care aderă. Restul membranei care căptușește uterul constitue caduca adevărată sau uterină.

Dela a 10-a spre a 14-a zi ovulul este un mic sac rotunjit și ușor turtit cu diametrul de 3—5 mm., neted, cu o zonă equatorială marcată prin numeroase vilozități scurte și independente cari încep să apară. Ovulul este complect îmbrăcat de caduca reflectată și de caduca utero-placentară. La sfârșitul săptămânii a II-a apar amniosul, alantoida (vesica urinară fetală) și primele rudimente de embrion; oul e de 6 mm., iar embrionul de 0.15 mm. — 0,19 mm.

Săptămâna a III-a. — Oul e în întregime acoperit cu vilozități mai lungi și cari încep să se împletească. Alantoida atinge chorionul. Embrionul e de 0.37 mm. — 1,35 mm., și se prezintă astfel: spinarea foarte îndoită, diviziuni primitive ale creerului, apariția boltirilor viscerale, rudimentele vesiculelor oculare și auriculare primordiale. — Circulația elementară este stabilită; canalul alimentar e un tub drept, gura apare sub forma unui orificiu pentagonal.

Săptămâna a IV-a. — Embrionul (2,5 mm.) seamănă cu un viermișor gros și îndoit, capul și coada se ating aproape, iar profilul dela spate e al unui arc. Ochii apar ca două puncte negre, iar membrele sunt indicate prin două serii de muguri. Extremitatea caudală e prelungită ca o coadă adevărată, iar pe spate, de fiecare parte a liniei mediane, apar vertebrele primordiale, semănând cu mici plăci patru-laterale.

In cursul lunii întâia, oul e rar observat: e atât de mic că se pierde în chiagurile de sânge cu care e expulzat. Abea la sfârșitul lunii, e ca o vesiculă cu diametrul de 2 cm., transparentă și gălbue; în interior se află embrionul și lichidul amniotic limpede, incolor. Pe toată suprafața oului, vilozități relativ lungi, mai scurte și mai rare la unul din poli.

Oul e fixat în uter ca un polip mucos și are dimensiunile unei alune și cu greutatea de 2,5 grame.

La sfârșitul lunii I-a: amniosul lipit de embrion (care e încă tot încurbat). Gura și nasul formează o singură cavitate. La gât, 4 crăpături branchiale. Extremitățile: muguri în formă de aripioare. Crăpătura abdominală și vesicula ombilicală sunt încă vizibile.

Luna a II-a. — Alantoida devine vasculară pe toată întinderea ei. *In a 3-a săptămână* embrionul e de 5—6 mm. și e închis într'un chorion cu un diametru de aproape 4 cm.

După a 6-a săptămână nu mai e corect să-i zicem embrion, ci făt, pentrucă are o formă omenească distinctă. In adevăr, către a *5-a săptămână*, la membre, cari mai înainte nu aveau decât aparența unor muguri cărnoși, încep să se distingă 3 segmente cari, la extremitățile superioare, corespund brațului, antebrațului și mânii, iar la cele inferioare, coapsei, gambei și piciorului. Porțiunea care va trebui să constitue mâna sau piciorul se turtește și curând apar mici ridicături despărțite prin șănțulețe, cu urmele viitoarelor degete. — Capul e mai înălțat și face unghiu drept cu corpul. Spatele e mai puțin adus.

La 6 *săptămâni* embrionul e de 13 mm. Apar rudimentele pleoapelor, iar pavilionul urechii e indicat. Degetele sunt separate și se lungesc. Se desvoltă rinichii primitivi. Se recunoaște sexul glandelor genitale.

In *săptămâna a 8-a*, embrionul (20—23 mm) e tot îndoit, cu un cap, abdomen și ficat enorme. Se disting urechile și ochii.

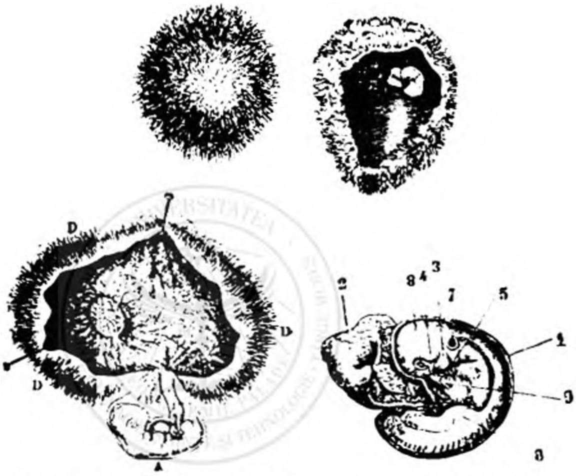


Fig. 46. — Avortul. — Examenul oului uman în primele săptămâni dela concepțiune: I. *Sus, în stânga*, oul uman (mărime naturală) de 5 săptămâni (36 zile). — II. *Sus, în dreapta*: Secțiunea oului uman (mărime naturală) dela începutul săptămânii a 4-a. — III. *Secțiunea oului uman între 4 și 3 săptămâni*. A. embrionul; B. amniosul; C. vesicula ombilicală; D. chorionul. — IV. *Embrionul (mărit) din acest ou*: 1. amniosul; 2. vesicula ombilicală; 3. primul arc faringian; 4. mugurele maxilar superior depe acest arc; 5. al 2-lea arc faringian, dinapoia căruia se mai văd alte două mai mici; 6. schițarea extremităților anterioare; 7. vesicula auditivă; 8. ochiul; 9. inima.

La *sfârșitul lunii a 2-a*, coada începe să dispară, sistemul osos-cartilaginos al scheletului e în formație. Se recunosc degetele. In sânge apar primele hematii (fără nucleu).

Cavitatea amniotică e mai largă, iar lichidul abundent. — Capul voluminos. Gura și nasul se despart. — Crăpăturile branchiale ale gâtului au dispărut. — Crăpătura abdominală și vesicula ombilicală au dispărut. — Rudimentele organelor genitale externe apar, dar sexul rămâne nedeterminat.

In luna a doua, oul are volumul unui ou de porumbel. Aspectul lui diferă, după cum, la expulzare, atrage sau nu cu el caduca ovulară și e deschis sau închis.

Atunci când e intact şi a antrenat şi caduca, are forma unei mici sfere rozate, cu suprafaţa netedă, cu o prelungire ca o creastă (caducă intero-utero-placentară).

Atunci când caduca prezintă rupturi, apare reţeaua delicată a vilozităţilor.

Când caduca lipseşte cu totul, întreg oul apare acoperit cu vilozităţi, afară de nivelul egretei (constituit de caduca intero-utero-placentară).

In sfârşit, atunci când oul e deschis, el apare ca o pungă goală, cu suprafaţa internă liberă. *(Brindeau)*.

Luna a III-a. — *La începutul lunii*, oul e cât un ou de găină, iar la sfârşitul ei, cât unul de raţă. Vilozităţile se hipertrofiază într'un punct, care va fi placenta.

Fătul e de 25—30 mm. şi cântăreşte 15—20 grame. Braţul, antebraţul şi mâna coapsa, gamba şi piciorul sunt desluşit indicate; la cot e o cută bine marcată; degetele dela mâni şi picioare sunt separate, iar tălpile sunt îndreptate una spre alta Coada a dispărut. Faţa prezintă două linii, una dela nara nasului spre colţul gurii, cealaltă dealungul ochilor; aceste două eminenţe sunt atât de caracteristice pentru săptămâna a 9-a, că rămân adesea urme în fizionomia adultului — *Cordonul* e mult lungit.

La 2 *luni şi jumătate* (10 săptămâni): fătul e de 32 mm.: abdomenul, proeminent, se strânge, pleoapele incep să se lipească. Tuberculul genital se ridică (1,5 mm.) şi se termină printr'o protuberanţă in formă de nasture, care indică viitorul gland al penisului sau clitorisul. Pe faţa inferioară se distinge şanţul genital mărginit de cutele genitale (cari la fată devin buzele mici). De fiecare parte a tuberculului genital apar două eminenţe cărnoase, eminenţele genitale (cari la băiat devin scrotumul, iar la fată buzele mari).

La *75 zile (11 săptămâni)* fătul e de 55 mm. Capul e tot mare, iar corpul subţire. Braţul se îndreaptă dela umăr in jos, iar antebraţul dela cot în sus spre bărbie. Coapsele sunt indoite, iar gambele întoarse înăuntru cu tălpile picioarelor faţă in faţă. Rudimentele unghiilor apar sub forma unor membrane subţiri. — Flexiunea cervicală dispare, iar capul e mai inălţat. — Desvoltarea coastelor face să se distingă toracele de abdomen. Sexul e nedeterminat.

La *sfârşitul lunei a III-a (84 zile)*, oul are diametrul de 10 cm şi greutatea de 115 gr *Placenta* e desluşit formată şi izolată; vilozităţile chorionului au dispărut in mare parte.

Talia mijlocie a fătului e de 98 mm. (cu o lungime cranio-sacrală de 68 mm). — Inelul ombilical e format, iar cordonul e lungit, cu sinuozităţi în spirală. Capul e bine format (raportul lui cu lungimea totală e de 1 la 2): pleoapele se lipesc, nasul e lat şi triunghiular, buzele groase, bărbia ascuţită. Gâtul începe să se diferenţieze. Pavilionul urechii se modelează.

Extremităţile se accentuează, articulaţiile se desvoltă. Părţile genitale externe au progresat: glandul 1 mm., iar nimfele aproape 3 mm. — La *băiat*, şanţul genital se închide, iar cutele genitale se sudează spre a constitui scrotumul. — Intre sinusul uro-genital şi anus (reprezentate prin crăpături distincte) se găseşte un perineu desvoltat. — Ficatul, bogat vascularizat, ocupă o mare parte a cavităţii abdominale.

In luna a III-a, numai excepţional se notează mai ales în avortul criminal, o expulzare în bloc: oul fiind deschis, se elimină mai întâiu embrionul şi apoi membranele *(Brindeau)*.

Luna a IV-a. — La 3 *luni şi jumătate* (14 săptămâni), fătul e de 11 cm.

La *sfârşitul lunii (16 săptămâni)*, talia mijlocie e de 18 cm. (cu o lungime cranio-sacrală de 12 cm.). Greutatea: 120 gr. — Capul (aproape un sfert din lungimea totală a corpului): ochii, urechile, nasul şi gura au deacum forma normală.

Părţile genitale sunt bine desvoltate. — In ambele sexe, bine diferenţiate, volumul eminenţelor genitale a crescut. — La *băiat:* cele două eminenţe opuse s'au unit, formând scrotumul (se vede linia de împreunare). Glandul şi prepuţul sunt formate, iar şanţul uretral sau genital se întinde până la gland, marginile lui împreunându-se spre a forma tija penisului. — La *fată:* eminenţele genitale nu sunt decât uşor modificate, ele constitue buzele mari; tuberculii genitali formează clitorisul acoperit de preput; marginile şanţului uretral nu se împreunează şi formează buzele mici. Celule adipoase se desvoltă în ţesutul hipodermic. Uterul se apropie de forma'i definitivă, iar ovarele se găsesc sub rinichi,

Unghiile sunt de recunoscut. — *Pe cap apar primii peri.*

Cavitatea toraco-abdominală: deasupra diafragmei se recunoaşte separarea *plămânilor* în 3 şi 2 lobi; *inima* e în larg contact cu peretele toracic anterior; *ficatul* e foarte voluminos; *stomacul* şi *intestinele* s'au deplasat spre poziţia definitivă; *rinichii*, deacum definitivi, sunt fixaţi în locul lor; apar insuliţele endocriniene ale pancreasului.

Meconiu verzui în intestin

Placenta s'a mărit şi îngroşat. *Cordonul ombilical* (cât de 3 ori lungimea fătului), în urma formării gelatinei lui Warthon, s'a îngroşat mult.

Chorionul şi *amniosul* sunt împreunate.

Luna a V-a. — La începutul lunii, placenta acoperă aproape jumătatea pereţilor uterini: are un diametru de vre'o 10 cm., o grosime de 0.8 cm., — 1 cm. şi o greutate de aproape 200 gr

La *4 luni şi jumătate (18 săptămâni)* fătul e de vreo 22 cm. Faţa sbârcită şi cu înfăţişare senilă. Pielea e mai tare şi rozată.

La *sfârşitul lunii (20 săptămâni)*, talia fătului e de 25 cm., (cu o lungime cranio-sacrală de 16 cm.). Greutatea: 250—280 gr. Suprafaţa corpului începe să se acopere cu sebum. Proporţiile între cap (o treime din talia totală), trunchiu şi extremităţi devin tot mai normale; extremităţile inferioare mai lungi decât cele superioare. — *Unghiile* încep să se formeze.

Pleoapele tot lipite.

Spiralele *cordonului ombilical* sunt deacum regulat formate.

Pielea, mai transparentă, de un roşu-deschis, e acoperită cu tulee, iar pe cap apar primii peri. — Inceput de vernix caseosa.

Se recunosc glandele mamare cu mamelonul lor.

Cavitatea toraco-abdominală: deşi tot foarte voluminos, *ficatul* începe să-şi schimbe forma (lobul stâng devine sensibil mai mic) şi se pronunţă funcţiunea glicogenică şi biligenică; *glandele stomacului şi epitelul cilindric al vilozităţilor intestinale funcţionează.* — *Meconiu* colorat.

Părţile genitale îşi continuă desvoltarea; la *fată*, volumul clitorisului scade, uterul e bine format, vaginul e reprezintat printr'un mugure epitelial solid, iar în partea lui inferioară se recunoaşte colul.

Sporirea cantităţii *lichidului amniotic.*

Mişcările active ale fătului sunt simţite de mamă.

La sfârşitul lunii apar punctele de osificare ale calcaneului şi astragalului.

Luna a VI-a. — La *începutul lunii (a 21-a săptămână)*, fătul are o lungime de 28 cm. şi o greutate de vreo 620 gr.

In *a 22-a săptămână*, apare un punct osos la gâtul sternului.

La *sfârșitul lunii (24 săptămâni):* talie de 34 cm., iar greutatea medie de 680 gr.. Capul, deși scăzut ca volum, e tot mare în raport cu corpul. Își fac apariția (încă ștearsă) genele și sprincenele. Pleoapele se separă, dar membrana pupilară persistă. Pielea, îngroșată, sbârcită, e de un roșu murdar. — Marginea liberă a unghiilor, încă moi, dela degetele mâinilor, întrece pielea subjacentă; la degetele picioarelor, unghiile nu sunt încă bine formate.—Testiculele sunt încă în abdomen. — Meconiu în intestinul gros. — Lungimea cordonului e de 35.5 cm. Placenta: diametrul de 11.5—12.50; greutatea 258.5 gr.

La 24 săptămâni, fătul poate respira puțin, dar de regulă moare după câteva ore.

* * *

Odată cu luna a 7-a, copilul devenind viabil, avortul criminal poate căpăta, în subsidiar, și caracterul de pruncucidere.

Luna a VII-a. — Talia fătului: 35—39 cm.; greutatea 1.130—1.700 gr. — Pielea, acoperită cu sebum, e încă tot sbârcită, de un roșu murdar care începe să se decoloreze. Pe cap, un păr de câțiva milimetri, care începe să se coloreze. Pe restul corpului tulee abundente. Unghiile încep să se întărească. Pleoapele sunt permanent desfăcute. Membrana pupilară e pe cale de a dispare. — Meconiu (de un verde măsliniu) în rect. — Testiculele în inel.

Lungimea *cordonului:* 37,8 cm. — *Placenta:* diametrul 13,80—14,50 cm.; greutatea 309 gr.

Copilul de 28 săptămâni nu e întotdeauna viabil: *deși face câteva mișcări slabe și scoate un țipăt, poate muri după câteva ore sau câteva zile.*

Luna a VIII-a. *(32 săptămâni).* — *Talia:* 40—42 cm. — *Greutatea:* 1.570—1.600 gr. — *Pielea,* mai deschisă (începe să ia culoarea cărnii) și mai puțin sbârcită, începe să fie căptușita cu grăsime. — Membrele se rotunjesc, iar *fața* devine mai plină. Pe cap, *păr* rar încă (5—7 mm. lungime). *Tuleele* încă abundente. — *Unghiile,* deacum tari, ating aproape buricele degetelor. — Testiculele încep să se lase în scrotum — *Membrana pupilară* a dispărut complect. — *Ombilicul* e situat aproape la jumătatea corpului.

Punctul calcanean: 4.2—7.5 mm. — *Punctul astragalean:* 2—5 mm. — *Cordonul:* 45.3 cm. — *Placenta:* diametrul 15,30—17,75 cm.; greutatea 485 gr.

Fătul e perfect viabil.

Luna a IX-a **(36 săptămâni).** — *Talia:* 40—42 cm. — *Greutatea:* 1.570—1.950 gr. — *Capul* pierde din dimensiunile lui exagerate. — *Pielea,* mai întinsă, capătă caracteristice din ce în ce mai naturale; *stratul grăsos subcutanat* se desvoltă. — *Puful* dispare. *Părul* capului mai des (1-1.5 cm. lungime). — *Unghiile* (cornoase) ajung la buricele degetelor. — *Testiculele alunecate* în scrotum.

Punctul calcanean: 7,5—9,5 mm. — *Punctul astragalean:* 3.2—5,7 mm. — La sfârșitul lunii *apariția unui punct osos în ultimele vertebre sacrale.* — Lungimea *cordonului:* 52.9 cm. — *Placenta:* diametrul 16,40—19.50 cm.; greutatea 536,8 gr.

Fătul perfect viabil.

Luna a X-a, (40 săptămâni). — *Talia:* 47—54 cm. *Greutatea:* 2.300—3.150 gr. — *Corpul* grăsun. *Pielea,* acoperită cu sebum, a pierdut cu totul colorația fetală; puful a dispărut aproape complect. *Unghiile* trec dincolo de buricele degetelor. *La fată:* buzele mari ale vulvei lipite.

Punctul calcanean: 6—10.5 mm. — *Punctul astragalian:* 6,5—9 mm. —

Apariția punctului lui Béclard. — Uneori, la sfârșitul lunii, *apariția unui punct osos în cuboid.* — Lungimea *cordonului:* 56.6 cm. — *Placenta:* diametrul 16,55 — 19,50 cm.; greutatea 594,7 gr.

Fătul perfect viabil.

1. Formula pentru calcularea vârstei embrionului și a fătului

Pentru primele cinci luni se aplică inversul formulei lui *Delabost:* se scoate rădăcina pătrată din expresiunea numerică a taliei (de exemplu rădăcina pătrată din 25 — talia fătului la 5 luni — ne dă exact vârsta).

Pentru ultimele 5 luni lunare, se utilizează inversul formulei lui *Hase:* se împarte expresiunea numerică a taliei prin 5 (de exemplu: câtul diviziunii lui 40 — talia fătului în a 8-a lună lunară — ne dă exact vârsta).

Balthazard propune ca formulă, pentru calcularea vârstei în zile: înmulțirea expresiunii numerice a taliei cu coeficientul 5,6 (de exemplu: produsul înmulțirii lui 40 — expresiunea în centimetri a taliei fătului de 8 luni lunare — cu coeficientul indicat, ne dă 224 ceeace reprezintă vârsta exactă în zile).

2. Aspectul embrionului sau al fătului în avort

Indiferent de mijlocul la care se recurge la provocarea avortului (substanțe ori manopere abortive) embrionul sau fătul sunt omorîți în uter. Dar, precum observă *Brindeau,* expulzarea nu urmează întotdeauna imediat după moartea produsului concepțiunii: atunci când, în oul închis, e reținut în uter, embrionul sau fătul suferă trei feluri de modificări, după însăș vârsta lui: 1) *disoluția* (în primele două luni); 2) *mumificarea* (în perioada cuprinsă între luna a 3-a și a 5-a); 3) *macerarea* — în restul lunilor de gestațiune.

A. **Disoluția:** oul, devenit piriform, capătă o consistență tare, cu suprafața, galbenă seroasă, încrețită.

1. Atunci când *disoluția e desăvârșită,* la expulzare nu se mai găsește embrion, ci numai un capăt de cordon filiform.

2. In *disoluția incompletă,* se vede spânzurând de acest cordon un mic nucleu albicios, închircit, friabil — care, deobiceiu, reprezintă un vestigiu al capului.

Un caz interesant de disoluție incompletă ni-l oferă observația lui *Schneider* (1928). In urma manoperelor abortive s'a produs o infecție care a dat naștere unui abces intra-uterin: acesta, prin creștere, a mărit uterul împingându-l în sus până la nivelul ombilical. La evacuarea abcesului și a uterului nu s'a mai găsit decât o urmă a placentei: fătul și restul placentei se topiseră purulent în abces.

B. **Mumificarea:** fătul se prezintă ca un fruct ţinut în alcool: ţesuturile, contractate, se condensează şi se întăresc; fătul ia o coloraţie pământie; aceiaşi e şi coloraţia lichidului amniotic care se tot îngroaşă şi sfârşeşte prin a dispare, lăsând pe făt un sediment analog cu acela lăsat de apele revărsate pe mal. — *Brindeau* insistă că, din procesul de mumificare, nu se poate trage o indicaţie exactă in ce priveşte vârsta fătului.

C. **Maceraţia** e cu atât mai avansată, cu cât a trecut mai mult timp dela moartea fătului în uter. Starea aceasta — în care fătul, deformat în ansamblul lui, a pierdut orice consistenţă — e caracterizată prin trei elemente esenţiale: 1. aspectul turtit al fătului; 2. imbibiţiunea epidermică; 3. ramolismentul viscerelor.

a) *Pielea* e de culoare roşie-brună; epiderma, ridicată de flictene violacee, se detaşează pe alocuri, desgolind chorionul (din care pare a picura un lichid uşor sanguinolent). — *Fritsch* atrage atenţia asupra confuziei ce se poate face între modificările cutanate ale maceraţiei cu acele ale sifilisului congenital.

b) *Capul,* tumefiat, cu o tumoare hipostatică seroasă (în prezentaţiunea cefalică); oasele craniului de o extremă mobilitate.

c) *Faţa* desfigurată, nasul turtit.

d) *Pântecele,* flasc, turtit, se balotează în toate sensurile, ca un burduf numai parţial umplut.

e) *Articulaţiile* de o mobilitate escesivă, în toate sensurile.

f) *Epifisele* se detaşează de pe corpul osului.

g) *Seroasele* conţin o cantitate variabilă de transsudat sanguinolent.

h) *Viscerele,* de un roşu murdar, sunt ramolite de un transsudat sanguinolent, prezent în seroase.

i) *Cordonul ombilical,* infiltrat şi tumefiat, are o grosime de 2 ori atât de mare ca aceea normală.

Maceraţia nu ne poate da o indicaţiune certă asupra vârstei fătului, pentru următoarele consideraţiuni: 1. procesul maceraţiei nu e uniform; 2) un făt se poate macera anormal rapid sau anormal lent; 3) un făt se poate conserva mult timp după moartea lui în uter, fără a suferi maceraţia, astfel că o maceraţie avansată nu exclude moartea de dată mai mult sau mai puţin recentă, precum starea fragedă a fătului nu exclude moartea la o epocă relativ indepărtată (*Brindeau-Lemeland*).

B. Sângele şi părţile oului

Pentru eventualitatea că fătul a fost distrus sau inlăturat pe altă cale — şi acesta e cazul în majoritatea afacerilor de avort criminal — expertul va trage concluziuni din examinarea sângelui şi a resturilor de ou ce se mai găsesc în el.

De regulă aproape, mai ales atunci când avortul nu e practicat de un medic, sângele, care continuă să se scurgă uneori câteva zile în şir, conţine în el părţi ale oului. *Haberda* a văzut asemenea resturi, reţinute in uter timp de câteva luni (de oarece in interval colul s'a reînchis), eliminate în chiagurile unei noui hemoragii. Apoi, in porţiunile de ţesuturi din uterul raclat se regăsesc elemente ale oului, chiar când raclajul e făcut după 2—3 săptămâni dela avort.

I. **Examenul cheagurilor** să se facă în apă: se poate astfel identifica *oul din primele două luni* care, la această epocă, e expulzat în bloc. Dacă în sânge nu se găseşte embrionul şi nici măcar părţi ale acestuia, ci numai fragmente de membrane, nu se poate trage concluzie de avort, de oarece atari formaţiuni membranoase se găsesc în uter şi în afecţiuni fără sarcină, iar prin contracţiunile uterine, pot fi eliminate odată cu hemoragia.

II. **Placenta.** — Identificarea acesteia — indiferent dacă e complectă sau numai un fragment — constitue elementul cel mai probant. Şi identificarea se poate face cu înlesnire in resturile eliminate din ou, dacă examenul se face imediat după avort, de oarece, după cum am arătat, după a treia lună a sarcinii, întâiu se expulzează fătul şi apoi învelişurile cu placenta (a căror eliminare e cu câteva ore sau chiar cu câteva zile posterioară expulzării fătului).

Definitiv stabilită la începutul lunii a III-a, ea are, la sfârşitul aceleeaşi luni, o grosime de un centimetru şi e prinsă de caducă prin unul sau mai multe vilozităţi — crampoane cari pornesc dela chorion. Vilozităţile choriale au un înveliş dublu care acoperă ţesutul conjunctiv central, în care se află vasele şi capilarele vilozităţilor. In interiorul spaţiilor interviloase se notează insuliţe de celule fetale înglobate de fibrină. Caduca bazală, complect desvoltată, se prezintă sub forma unei largi zone clare, in care se disting celulele deciduale. — Placenta din luna a 3-a se identifică şi macroscopiceşte numai prin prezenţa vilozităţilor ei, cari o diferenţiază de un myom necrotic *(Deseniss)*.

Placenta din lunile a 4-a şi a 5-a se caracterizează prin volumul mărit al vilozităţilor (al căror număr rămâne staţionar). Dela a doua jumătate a sarcinii, placenta se apropie de volumul ei definitiv; singurele modificări mai importante ce se produc interesează interiorul ei (atât la nivelul vilozităţilor cât şi la acela al caducei). — Dela constituirea definitivă a placentei marginea epitelială se subţiază şi celulele *Langhans* dispar. — După *Schottländer* (1913) examenul histologic al placentei proaspete îngăduie expertului să determine vârsta sarcinii.

Sachs (1927) preconizează proba hidrostatică pentru verificarea maturităţii placentei. Se insuflă aer în placentă şi i se dă drum într'un vas cu apă: dacă pluteşte orizontal, placenta e matură; dacă placenta pluteşte vertical sau cade la fund, e o dovadă de nematuritatea ei. — Insă *Kobes* (1929), care a controlat proba lui *Sachs*, o declară neconcludentă, pentrucă, în 50 de experienţe, a văzut plutind orizontal sau oblic placenta neajunsă la maturitate.

Dintre *leziunile placentare* mai frecvent întâlnite indicăm: edem, infiltraţie calcară, endometrite deciduale, aderenţe anormale, infarctus, tumori şi placenta bordată *(Brindeau-Brouha)*.

III. **Caduca.** — La microscop se poate identifica ţesutul caducei numai atunci când se constată prezenţa unor aglomeraţiuni mai mari de celule deciduale caracterizate. — Pentrucă expertul nu trebue să uite că nu există decât diferenţe formale între caduca sarcinii şi mucoasa uterină modificată de procesul menstrual *(Eicke)*.

Mai e de observat, că membrane fibrinoase, eliminate fie în sânge fie deadreptul din genitale, pot foarte uşor fi confundate cu membrana ovulară. Formaţiunile mucoase (caduca menstruală), eliminate timp de ani de zile de aceeaş femee, în *dismenorea membranoasă*, nu pot fi confundate, la microscop, cu caduca.

Membranele expulzate în endometrita exfoliatoare, deşi pot fi la fel stratificate ca învelişurile oului, se identifică drept caducă, atunci când avem putinţa de a distinge chorionul şi amniosul.

In epoca mai înaintată a sarcinii, membrana ovulară e atât de bine caracterizată că nu mai există posibilitate de confuzie, mai ales că şi inserţia cordonului pe placentă constitue indicaţiunea hotărîtoare.

IV. **Lichidul amniotic.** — La sfârşitul sarcinii cantitatea lui oscilează între 300 şi 1.500 gr., iar media e de 500—600 gr.

C. Examenul femeii vii

In ipoteza că nu există nici o urmă materială a avortului, medicul va fi de o extremă prudenţă, când va fi să tragă concluziuni din examenul femeii. (1. Vezi: „Medicul expert" — „Exemple de erori grosiere", Vol. I, pag. 314. — 2. O femee, în urma concluziilor afirmative ale unui medic şi terorizată de judecătorul de instrucţie, sfârşeşte prin a mărturisi avortul. E condamnată, dar după două luni dela examenul medicului, naşte în închisoare. — 3. O altă femee, examinată de un medic şi condamnată, naşte chiar după pronunţarea sentinţei — *Balthazard*. — 4. O femee e acuzată de pruncucidere, după unicile indicaţii trase din volumul uterului, din prezenţa vergeturilor abdominale şi din secreţiunea mamară; puţin după aceasta, femeea naşte — *Kapp*).

Diagnosticul e bazat pe examenul exterior şi pe examenul local. — In prealabil ținem să observăm că uneori, chiar numai la o săptămână două după avort, e foarte greu, dacă nu chiar cu neputință să se mai identifice semnele acestuia, cari dispar mult mai repede decât chiar semnele unei faceri la termen. In avortul din a 2-a au a 3-a lună a gestațiunii — dacă n'a avut ca urmare unul din accidentele descrise (vezi: „Urmările avortului provocat") — nu se mai găsesc semne nici chiar după numai câteva zile.

I. Examenul exterior

1. **Eventualele semne ale sarcinii existente în chiar momentul examenului** (Vezi: cap. „Sarcina", vol. II).

2. **Constatarea imposibilității sarcinii** (Vezi eventualitățile indicate la capitolul „Sarcina", vol. II).

3. **Semnele obiective ale unei sarcini recente.**

a. *Creșterea volumului mamelelor* nu e niciodată un semn de certitudine.

b. *Pigmentarea mamelonului și a areolei (cu formarea areolei secundare)* poate lipsi în primele luni ale sarcinii.

c. *Secrețiunea lactară* nu e nici ea un semn de informațiune sigură: 1. ea nu se stabilește decât după a 3-a lună a sarcinii, spre a se accentua abea după luna a 5-a; 2. secrețiunea se produce și în timpul menstruației.

d. *Linia brună* poate fi o indicație serioasă la o primipară; dar, după cum am văzut (*Semnele sarcinii*, vol. II) ea poate fi datorită și unor afecțiuni ginecologice. Totuș se va ține seama de ea.

e. *Vergeturile abdominale*, după cum am mai arătat în acelaș loc, nu au decât o valoare relativă. In orice caz ele nu prea sunt vizibile în primele luni.

f. *Pierderile sanguine* — cari pot da de bănuit c'au rămas în uter resturi de-ale oului sau că există o leziune mai gravă a organelor genitale — nu sunt întotdeauna o indicație a avortului. E adevărat că, în primele patru luni ale sarcinii, hemoragia premergătoare e o dovadă a avortului spontan. Să nu se uite, însă (precum am arătat și la „Menstruație") că excepțional (0.2% din cazuri) se pot nota false hemoragii catameniale; în 20% din cazuri, aceste hemoragii sunt tot atât de abundente ca în adevărata menstruație; în 80% mai slabe. Falsele hemoragii menstruale se produc neregulat în cursul sarcinii: o singură dată în 40% din cazuri; de mai multe ori în 60%. — Pierderile sanguine pot avea și o origine patologică, streină de orice intervenție abortivă (în 2% din cazuri). Dar efectul abortiv al hemoragiilor patologice nu se face simțit decât în 66% din cazuri (*Fromme*). — Hemoragiile notate în intervalul dintre a 5-a și a 7-a lună a sarcinii nu mai pot fi atribuite avortului spontan, ci, în marea majoritate a cazurilor, unei inserțiuni vicioase a placentei.

Diferențiarea sângelui se face prin identificarea chiagurilor mai mari totdeauna prezente în pierderile abortive; pe când, în hemoragia menstruală — afară de cazurile când fluxul e de o abundență excepțională — nu se găsesc nici odată chiaguri de sânge. Chiaguri nu găsim nici în sângele hemoragiilor patologice.

g) *O boală*, care ar putea fi datorită unei infecțiuni consecutive manoperelor abortive sau intoxicațunii cu substanțele abortive.

II. Examenul organelor genitale

1. **Vulva:** eventuale rupturi (în manoperele mecanice).

2. **Perineul:** eventuală ruptură în manoperele prea brutale. — In avortul din primele luni ale sarcinii nu se notează, de regulă, rupturi perineale cauzate de expulzarea embrionului sau a fătului.

3. **Himenul.** — Examenul lui nu prezintă nici o valoare la o multipară; la o primipară ar putea constitui o indicațiune, dacă avortul s'a produs la o epocă înaintată a sarcinii, iar eliminarea fătului a lăsat urme de rupturi caracteristice facerii. Dar, precum am văzut atunci când am studiat himenul (Vezi: cap. „Atentatul la pudoare", vol. II) deducțunile trase din aspectul și starea substanței himenale nu sunt niciodată concludente.

4. **Vaginul:** eventuale arsuri, cauterizări (consecutive spălăturilor cu lichid fierbinte ori cu soluții caustice); eventuale leziuni (în manoperele mecanice). — E de notat că, în orice fel de avort (spontan, terapeutic și criminal), oul până la 3 luni, în trecerea lui prin vagin, nu cauzează îndeobște nici o leziune.

5. **Fosa naviculară:** eventuală ruptură.

6. **Uterul.** — a) *Volumul.* — Deoarece, după cum am văzut („Semnele obiective ale sarcinii", vol. II), până la sfârșitul lunii a 4-a uterul (afară de o comprimare a vesicii urinare, căreia îi imprimă o ușoară deplasare) nu umple basinul, urmează că, pentru această perioadă a gestațiunii, nu se poate obține nici un indiciu sub raportul volumului. Mai e de reținut că o ușoară mărire a uterului, cu căscarea orificiului cervical, se notează și în menstruație, argument cu atât mai plauzibil cu cât, prin explorare, nu se găsesc în uter resturi ovulare. — In schimb, *dacă femeea e observată din chiar ziua avortului prezumat, iar în zilele următoare se notează o retracțiune mai considerabilă a uterului, atunci se poate admite cu certitudine preexistența unei sarcini, pentrucă niciodată, în nici o stare morbidă, nu se înregistrează o retracțiune uterină.*

b) *Colul uterin.* — Atunci când nu există leziuni ale corpului uterin, urmele cele mai concludente sunt cele notate pe colul organului.

Leziunile cele mai frecvent observate (bine înțeles afară de cele datorite manoperelor mecanice) sunt rupturile cauzate la *orificiul interior*, prin trecerea fătului. Iar dacă avortul a fost provocat înainte de sfârșitul lunii a 3-a, urmele notate la nivelul colului sunt fără nici o importanță: în genere. o simplă dilatare cu scurgerea unui mucus sanguinolent (dilatare care, am spus-o. se poate nota și în menstruație), iar diagnosticul diferențial de metrită cervicală e foarte anevoios.

Cât despre *orificiul exterior*, nu se notează la el rupturi. în prima jumătate a sarcinii. decât în cazuri excepționale (afară de leziunile datorite unor manopere neîndemânatice sau prea brutale). După *Haberda* ele nu s-ar vedea nici după luna a 5-a și el afirmă că n'a observat asemenea rupturi decât în două cazuri (1. o crestătură cicatricială unilaterală în avortul unui făt neviabil; 2. o fină cicatrice a mucoasei coexista cu o ruptură a fosei naviculare după avortarea unui făt mai mare de 5 luni); *Veit*, dimpotrivă, a notat rupturi ale colului exterior și în avorturile din lunile a 3-a și a 4-a.

Toate observațiunile obstetricianilor concură în a întări concluzia. că rupturi ale orificiului exterior se produc frecvent în expulzarea unui făt mai mare de 5 luni. Crestăturile se notează: 1) în diverse locuri pe marginea orificiului, atunci când are forma ovalară: 2) numai la cele două extremități. când are forma unei crăpături transversale.

Se notează uneori o ruptură a însuș canalului cevical (perforarea colului pe o lungime de 2 cm., cu ieșirea unui fragment placentar pe orificiul astfel produs. prin manopera practicată cu ajutorul unui toc de scris — *Haberda*).

c) *Corpul uterin.* — Leziunile cele mai frecvent notate sunt cele ale peretelui posterior. Atunci când se produc în pereții laterali. se poate observa uneori și o perforare consecutivă procesului de adâncire a rănii făcute în mucoasă prin actul expulzării. — Perforările corpului uterin prin manoperele mecanice se întâlnesc foarte des.

* * *

In *avortul spontan*, procesul de expulzare a oului poate îmbrăca două forme:

I. Oul e împins numai până la orificiul exterior al colului (*avortul cervical*).

II. Oul e împins prin orificiul exterior în vagin.

Dar și în această din urmă formă se pot nota două varietăți:

a. *Avortul complect:* expulzarea complectă a oului. inclusiv placenta (după *Zangenmeister*, numai în 30% din cazuri. în sarcinile din primele trei luni).

b. *Avortul incomplect:* placenta nu urmează spontan embrionului sau fătului (se ştie că, la sfârşitul lunii a 3-a, placenta e deacum desluşit formată şi izolată), ci în intregime sau parţial e reţinută în uter. In lunile a 4-a şi a 5-a, se notează mai frecvent expulzarea spontană a placentei. — Nedesprinderea spontană a placentei odată cu oul se explică prin relativ slaba retracţiune a uterului, în urma eliminării embrionului sau a fătului în primele luni ale sarcinii.

Retenţiunea placentară nu provoacă numai hemoragii, ci şi o infecţiune a inserţiunii placentei. Această infecţiune nu e însă specifică avortului spontan, ci se întâlneşte aproape in unanimitatea cazurilor de avort provocat (90% — *Sternberg*, 1926).

Prin prezenţa bacililor putrefacţiei, scurgerea sanguino-seroasă poate lua un caracter fetid; iar atunci când secreţiunea rănii infectate nu are o scurgere suficientă (în caz de deplasare a colului, coagulare, tamponare vaginală, prezenţa laminariei) se produce febră (in 20% din avorturi). Febra poate fi datorită şi faptului că infecţiunea uterină se întinde, fie pe calea limfatică (parametrită, peritonită), fie pe calea circulaţiunii sanguine, fie prin trompe şi de aci la peritoniul basinului (salpingită, pelviperitonită).

Uneori se notează şi o *retenţiune prelungită* (timp de câteva luni sau chiar de câţiva ani) a întregului ou mort în uter, fără ca prin aceasta menstruaţia să fie constant suprimată.

7. **Cavitatea abdominală.** — Hemoragia, peritonita, în cazurile de avort provocat, caracterizează existenţa unei comunicaţii a cavităţii abdominale cu uterul, vaginul şi vesica, perforată în cursul manoperelor abortive.

D. Examenul cadavrului femeii

1. Felul morţii

1. **Agonia mai mult sau mai puţin lungă** e indicaţia existenţei unei peritonite, a unei septicemii generale sau a unei endometrite septice, consecutive manoperelor abortive. De notat că infecţiuni grave, cauză a morţii, pot fi datorite şi, în afară de avort ori în avortul terapeutic, atunci când medicul n'a luat suficiente precauţiuni de asepsie, atât în ce priveşte mânile cât şi în ce priveşte instrumentele de cari s-a servit.

Dar şi moartea femeii fără simptome febrile nu exclude originea unor manopere abortive.

2. **Moartea subită**, în marea majoritate a cazurilor, e consecutivă sau emboliei gazoase sau şocului.

a) Embolia gazoasă se identifică prin examenul ventriculului drept sub apă, în care se văd apărând mari bule de aer. (Se recomandă ca, înainte de deschiderea ventriculului, să nu se deschidă nici o venă).—Dacă putrefacția s'a pronunțat, embolia nu mai poate fi cu certitudine stabilită, decât numai atunci când se mai găsește o venă căscată (in comunicație cu uterul sau cu fundul vaginului), pe unde a pătruns aerul. *Hofmann* a notat embolii multiple ale ramificațiunilor pulmonare, consecutive opăririi genitalelor interne.

(*Nippe* — 1925 a notat o embolie cerebrală, dar e întrebarea dacă o atare embolie e posibilă fără existența unei embolii cardiace).

b) Șocul se notează frecvent in cardiopatii și în nevroze ca histeria. E consecutiv injecțiunilor cu un lichid fierbinte sau cu substanțe caustice (se produce o coagulare a sângelui în venele uterine). S'a notat un șoc și în urma unei injecții cu un lichid inofensiv, la o femee de 33 ani (*Nippe* — 1925). *La autopsie:* in vulvă și în vagin, epiteliu alb netransparent dizolvat; coagularea mucoasei cervicale; deslipirea membranelor oului (eventual și placenta) cari par ca fierte; fața internă a uterului are acelaș aspect. Sângele ori e colorat în brun, ori e transformat în hematină. Examenul chimic al sângelui sau al lichidului colectat in uter duce la identificarea substanței abortive care a servit la injecția intra-uterină.

II. Examenul local

1. **Vulva:** *trombus.*
2. **Perineul:** *ruptura lui acompaniată de aceea a sfincterului.*
3. **Vaginul:** — a) *Trombus.* — b) *Ruptura părții superioare.* — c) *Stenosă cu perforare.*
4. **Vesica:** leziune gravă.
5. **Artera iliacă internă:** *leziune gravă.*

III. Examenul uterului

Acesta constitue pârghia de reazăm a întregii expertize pentru demonstrarea avortului.

Vom observa in prealabil, că atunci când expertiza se face cu desgroparea cadavrului după trecere de numai câteva luni dela moarte, se poate întâmpla să nu mai dăm de uter. (La două luni dela înhumare, insectele necrofage distruseseră complect uterul cu trompele și ovarele, în schimb vesica, peritoniul și rectul au fost cruțate — *Hauser* 1926).

Mai e de notat că eventualele accidente infecțioase ale avortului întârzie retracțiunea, ceeace ne poate face să luăm uterul drept unul al unei sarcini mai înaintate decât cea reală.

⁂

Uterul se examinează sub raportul volumului și al greutății, al conținutului și al stării corpului uterin și a colului.

1. Volumul și greutatea

Hipertrofia uterină e un element de o valoare hotăritoare, atunci când între moarte și expertiză n'au trecut prea multe zile. Se știe că dimensiunile medii ale uterului normal sunt: 6—7 cm. diametrul vertical, 4. 5 cm. diametrul transversal, 2. 5 cm. diametrul antero-posterior. — Greutatea medie a uterului normal e de 60 gr. — Iată, după măsurătorile lui *Cazeaux*, *Waldeyer*, *Schickelé* şi ale noastre proprii, cari sunt variaţiunile de volum:

a) La sfârşitul lunii I-a: volumul nu e modificat.

b) La sfârşitul săptămânii a 7-a: 9,2 cm. diametrul verticul; 5,2 cm. diametrul transversal; 5,2 cm. diametrul antero-posterior. — La sfârşitul săptămânii a 8-a: 9,8—11 cm. diametrul vertical; 7.7 diametrul transversal; 5.6 diametrul antero-posterior.

c) Luna a III-a: 13—13.7 cm. diametrul vertical: 8 8 cm. diametrul transversal: 6.5—7 diametrul antero-posterior.

d) Luna a IV-a: 13,5 cm diametrul vertical; 9—9,5 cm. diametrul transversal: 8 5—9 cm. diametrul antero-posterior.

e) Luna a V-a: 17—17,5 cm. diametrul vertical; 11 cm. diametrul transversal 9,5—10 cm. diametrul antero-posterior.

f) Luna a VI-a: 21—22 cm. diametrul vertical, 16—17,5 cm. diametrul transversal: 16 cm. diametrul antero-posterior.

g) Luna a VII-a: 24—27 cm diametrul vertical, 20 cm. diametrul transversal: 18 cm. diametrul antero-posterior.

h) Luna a VIII-a: 25,5—31 cm. diametrul verticul; 19—21,5 cm diametrul transversal: 19 cm., diametrul antero-posterior.

i) Luna a IX-a: 28—30 cm. diametrul vertical: 25 cm. diametrul transversal; 20—22 cm. diametrul antero-posterior.

j) Luna a X-a (40 săptămâni): 32—37 cm., diametrul vertical: 27,5 cm. diametrul transversal; 23-24 cm. diametrul antero-posterior.

Cât despre **greutatea uterului**, ea creşte, în intervalul dela sfârşitul lunii întâia până la termenul facerii, dela 60 gr. la 1.000—1.200 gr.

Retracţiunea complectă se face în cel mult 6 săptămâni pentru un uter cu gestaţiunea la termen.

2. **Conţinutul**

a) Dacă femeea a murit înainte de expulzarea rodului concepţiunii, atunci *uterul e plin*, adică se mai găseşte în el oul. Prezenţa unui ou intact, coroborată cu absenţa oricărei leziuni a regiunii genitale, exclude până şi tentativa de avort. — Dacă, dimpotrivă, integritatea oului a suferit, fie chiar numai prin formarea de simple concavităţi pe suprafaţa membranelor (atunci când instrumentul întrebuinţat nu e ascuţit, iar tentativa se face în primele luni ale sarcinii, când membranele sunt foarte rezistente), avem o probă a încercării de avort.

b) Oul nu se mai găseşte în uter, *dar au mai rămas resturi de ale membranelor şi placenta întreagă sau numai un fragment:* dovadă de avort. — Se examinează şi ovarele, *căutându-se corpul galben adevărat*, pentrucă există şi un fals corp galben cu aspectul şi dimensiunile celui dintâiu.

c) Dovadă de avort şi când pe uterul gol se găseşte numai *inserţiunea placentară*, pentrucă în cazul acesta ne aflăm în prezenţa unei sarcini de cel puţin 3 luni. Iar grosimea peretelui uterului la această epocă e de vreo 2 cm.

(Uterul gol se examinează după ce a fost curăţat de sânge, printr'o bae de alcool de 24 ore).

d) Un uter complect gol şi cu absenţa oricărei leziuni atât a lui cât şi a întregii regiuni genitale e o dovadă că n'a existat nici măcar tentativă de avort. (*Balthazard* a avut ocazia să practice autopsia unei femei, despre care s'a crezut că murise de pe urma unei tentative de avort: a găsit uterul normal, dar exista o sarcină extrauterină, al cărei curs în nici un caz n'ar fi putut fi întrerupt prin manoperele abortive).

3. **Starea uterului**

a) Dacă nu există nici o urmă de nidaţiune, **se caută leziuni şi perforări.** Dacă moartea s'a produs după un timp mai mult sau mai puţin îndelungat dela avort, se observă pe peretele uterului *abcese cu trompe prinse în puroiu.* Obiecţiunea că s'ar putea să ne găsim în prezenţa unei rupturi cicatriciale, la o femee la care mai înainte fusese practicată cesariana, nu e operantă, atunci când e stabilit că sutura a fost bine făcută, iar în cursul facerii n'a existat distocie.

b) **Mărimea şi forma leziunii sau a găurii de perforare suferă modificări de îndată ce a început procesul de retractare a uterului:** orificiul de perforare se contractează şi el, schimbându-şi astfel forma şi dimensiunile. *Pe uterul flasc, dimpotrivă, orificiul e mai mare decât ar indica grosimea instrumentului utilizat.*

Insfârşit, sunt cazuri în cari, judecând numai după forma leziunii, nu se poate conchide cu siguranţă asupra felului manoperei abortive: instrument sau injecţie cu un lichid fierbinte ori cu o soluţie caustică.

c) In ce priveşte **mucoasa uterului**: imediat după avort este umflată, roşie, flască (dar aceste caractere se notează şi în menstruaţie).

d) **Cauze de eroare.** — Se poate însă întâmpla să se ia drept perforări datorite manoperelor abortive:

I. *perforări consecutive unui abces flebitic, unui abces al escavaţiei Douglas sau al fundului vaginal;*

II. *lacunele consecutive infecţiei cu bacilii putrefacţiei;*

III. *lacunele de pe pereţii laterali şi de pe fundul uterului, consecutive, în strivirea ţesutului vecin, inflamaţiei şi ramolirii cu descompunerea necrotică;*

IV. *în modificările secundare se pot produce lacune, interesând uneori întreg fundul uterului;*

V. bacilii putrefacţiei pot uneori detaşa cu totul fundul uterului, iar calota astfel formată să aibă marginile franjurate.

4. **Colul uterului**

a) In ce priveşte dimensiunile lui (la uterul gravid), e de observat că el nu se desvoltă în armonie cu corpul uterin: in intervalul dela a 4-a lună până la începutul ultimei luni a sarcinii, distanţa între orificiul exterior şi cel interior nu trece de 3—4 cm.

b) **Leziunile**, pe colul fraged, au forma unor şănţuleţe tot mai adânci pe măsură ce se apropie de orificiul interior. Cu timpul, leziunile acestea se vindecă şi atunci vechimea rupturii e indicată de fundul neted şi de marginile rotunjite.

c) **Plesnirea colului** poate fi frecvent datorită extragerii unei laminare.

5. **Examenul histologic**

Acesta complecteazǎ pe cel macroscopic. Elementele de informaţie se culeg din examinarea tunicii musculare a uterului şi a celulelor lui Meyer.

Examenul histologic nu mai e, însă, concludent, atunci când, imflamaţia rămânând localizată iar moartea neproducându-se decât la câteva săptămâni dela practica abortivă, organele genitale s-au retractat.

IV. Alte semne

1. **Intestinul:** perforare.

2. **Ficatul.** — Aglomeraţiunile de grăsime nu pot constitui o indicaţiune a sarcinii, pentrucă ele pot avea ca origine: *a)* fie o circulaţiune mai importantă de materii grăsoase, consecutivă unei alimentaţiuni mai abundente; *b)* fie o resorbţiune mai bună; *c)* fie, în sfârşit, o încetinire a combustiunii organice *(Ferrani)*.

3. **Rinichii.** — In sarcină, nu se notează leziuni mai însemnate, ci cel mult o întârziere în eliminarea, în cantitate mai mică decât cea normală, a unor substanţe. — In 30% din cazuri, se notează albuminurie.

4. **Osteofita puerperală** notată uneori pe faţa internă a cutiei craniene, mai ales la nivelul oaselor parietale şi frontale: pete mai mult sau mai puţin difuze, izolate sau confluente şi colorate in violaceu ori gălbui.

E. Diferenţiarea avortului spontan de cel provocat

Odată avortul stabilit, începe partea grea a misiunii expertului: anume să administreze proba că e vorba de un avort criminal, iar nu de unul spontan. (Evoluţia clinică defavorabilă justifică întotdeauna bănuiala avortului provocat). Diferențiarea aceasta se face pe baza coordonării elementelor până acum studiate și pe cari le schematizăm în cele ce urmează.

In prealabil e de observat că *avortul spontan* se notează în proporție de 12,5%—25% din sarcini. Iar în ce privește *facerea prematură*, se notează și ea în proporție destul de mare în perioada dintre a 7-a și a 9-a lună lunară: în 3% din sarcini la 7 luni, în 11,1% la 8 luni și în 13,6% la 9 luni — *Stumpf*.

I. **Examenul femeii (vie ori moartă) nu dă nici o indicație.** In cazul acesta se poate admite avortul spontan sau facerea prematură. — Explicația trebue atunci căutată în:

1. *Defectuozitățile germenului:* tată prea bătrân sau prea tânăr.

2. *Influențe psichice:* un violent șoc nervos (*Baudelocque* notează că, de pe urma spaimei pricinuite de o explozie, 64 femei au avortat ori au fost pe punctul de a avorta).

II. **Nu există urme de practică abortivă, dar în schimb sunt anomalii sau stări patologice materne:**

1. *Malformațiuni și deviațiuni uterine* (avort spontan cu repetiție).

2. *Tumori ale basinului.*

3. *Infecțiunile acute și cronice.* — Avort spontan cu repetiție în *sifilis* și *endometrite* (endometrită decidualǎ, false endometrite de origine endocriniană, prin turburări circulatorii, prin șoc anafilactic—*Brindeau*).

4. *Intoxicațiunea acută și cronică.* (Avort spontan cu repetiție în intoxicația profesională a mamei).

5. *Nefrită cronică:* avort spontan cu repetiție.

6. *Bolile de inimă:* avort spontan cu repetiție.

7. *Traumatismele* (în deosebi cele abdominale).

8. *Hemoragiile retro-placentare.*

9. *Tuberculoza* (nu întotdeauna: depinde de stadiul bolii).

10. *O intervenție chirurgicală* interesând deaproape sau departe regiunea pelviană. (Statistica lui *Didier:* endometrită 78 cazuri, insertiunea vicioasă a placentei 25, hemoragii retro-placentare 6, sifilisul 37, tuberculoza 8, traumatisme 7, boli infecțioase 8, cardiopatii 2, *interventiunea chirurgicală* 5).

III. **Nu există urme de practică abortivă, în schimb se notează boli de natură ovulară, cari pot explica avortul spontan:**

1. *Bolile de nidație:* inserția pe segmentul inferior; nidația într'un colț (sarcina angulară), nidația într'o zonă în care mucoasa uterină e bolnavă.

2. *Bolile membranelor fetale:* tumorile benigne (myxom, fibrom, angiom), mol hydatiform, hematomul lui *Breus* (mol cărnos),

leziunile vasculare (arterite, flebite de origine sifilitică), infarctus placentar, consecutiv intoxicaţiei gravidice (*Brindeau-Lemeland*).

3. *Inserţie vicioasă a placentei: anormaliile cordonului.*

IV. **Malformaţiunile şi oprirea în desvoltarea embrionului sau a fătului, incompatibile cu viaţa rodului concepţiunii:**

1. *Infecţiunile acute* (febra tifoidă 33% din cazuri; pneumonia 33%; erisipelul 25%; holera 33%, pojarul, difteria, gripa).

2. *Infecţiunile cronice* (sifilisul 61% din cazuri — *Brindeau*; tuberculoza mai ales în perioada ei asfixică; paludismul 30% — *Le Gall*, 83% — *Pasquali*).

3. *Infecţiunile materne latente şi neobservate* (10 avorturi succesive — *Curti*).

4. *Infecţiunile exogene* (saturnism, hydrargirism, alcoolism).

5. *Intoxicaţiunile autogene* (albuminuria maternă, nefritele gravidice, vărsăturile grave, diabetul).

6. *Hipertermia; acţiunea razelor X.*

7. *Turburările de nutriţie ale mamei* (pierdere de calciu).

8. *Monstruozităţile fetale* (mai ales în sifilis şi alcoolism).

9. *Moartea fătului în uter*, consecutivă sifilisului şi auto-intoxicaţiei gravidice, ori unui traumatism. (Sunt femei cărora deobiceiu le moare fătul în uter înainte de maturitate, şi întotdeauna la aceeaş epocă a sarcinii — *Brindeau*). Fătul poate fi expulzat abea la câtva timp după moartea lui, sau imediat după aceasta, atunci când acelaş factor, care cauzează moartea rodului concepţiunii, provoacă simultan şi contracţiunea uterină (bolile infecţioase, hemoragiile, asfixia).

V. **Semnele de prezumpţie**

1. *Moartea subită a femeii*, printr'un reflex inhibitoriu pornit dela orificiul interior al colului.

2. *Durata, persistenţa şi caracterul profuz al hemoragiei.*

3. *Retenţiunea prelungită a oului.*

4. *Intensitatea şi precocitatea fenomenelor infecţioase* (Boissard).

Le-am indicat numai ca semne de *prezumţie*, pentrucă şi în avortul spontan, în cazurile de retenţiune a resturilor placentare, se pot nota complicaţiuni hemoragice ori infecţioase.

VI. **Leziunile căilor genitale — semne de quasi-certitudine:**

1. *Trajectul în canal închis sau în seton, pe un singur segment uterin sau interesând două sau mai multe segmente, inclusiv colul.*— Îndeosebi, în antiversiunea uterului, de exemplu (orificiul exterior al colului e lipit de peretele posterior al vaginului), perforarea porneşte dela partea anterioară a colului, interesează partea superioară

a acestuia şi se continuă pe escavaţiunea Douglas, spre a se termina în peritoniu.

2. *Perforările uterine, cu sau fără gangrenă* (cari, prin peritonita supra-acută, omoară femeea, în 24—36 ore) se prezintă cu o infiltraţiune sanguină sau cu o infecţiune gangrenoasă, cauzând o pierdere de substanţă în formă de trunchiu de con, prin care cavitatea uterină e în comunicaţie cu cavitatea peritoneală. — *Cauze de eroare: a)* metrita gangrenoasă a lui Beckmann; *b)* rupturi spontane *(însă numai în lunile înaintate ale sarcinii)*, atunci când sau există cicatrice dela leziuni anterioare *(Peham*-1923), sau friabilitatea ţesutului are ca origine: hipoplazia uterului, modificările parietale de natură inflamatorie, o atrofie parietală circumscrisă, substituirea ţesutului conjunctiv celui muscular. Atari modificări constitue un teren prielnic pentru perforări traumatice cu ocazia curăţirii uterului după avort. Sub acest raport, avem observaţiunea lui *Raemi-Boesch* (1923): ruptura complectă a uterului, imediat sub col, la curăţirea manuală a resturilor oului.

3. *Rupturile colului.* — Se notează şi *rupturi spontane,* în caz de structură anormală şi de rigiditate a orificiului exterior.

4. *Desinserţiunile şi leziunile vaginale.* — Ele pot fi şi de natură spontană, consecutive unor răniri cauzate de raportul sexual ori de un traumatism accidental.

5. *Perforările fundurilor-de-sac vaginale:* stabilirea unui canal de comunicare între fundul vaginului şi cavitatea uterină, prin care s'a eliminat embrionul şi membranele. *Dar o atare perforare se poate produce şi spontan,* în caz de hipoplazie a organelor genitale. — *Perforarea poate fi şi congenitală* (Bublicenko-1913, Kosminski-1913, Ottow-1923).

VII. Oul

1. *Ruptura membranelor* se notează, de regulă, *şi în avorturile spontane,* după a 10-a săptămână a sarcinii. — Dar, tot în avortul spontan, ruptura poate fi excepţional şi mai precoce.

2. *Leziunile embrionului sau ale fătului:* contuziuni, înţepături, tăituri, depesaj. Dar aceste indicaţiuni nu se găsesc nici în 10% din cazurile de avort mecanic: în 67 observaţii de asemenea avorturi, *Brouardel* n'a găsit leziuni la făt decât în 8 cazuri (la nivelul frunţii, al subsuorilor, al vintrelor). Explicaţia: fătul, plutind în lichidul amniotic, se deplasează lesne, evitând astfel instrumentul avortorului.

* * *

Spre a se evita o *interpretare eronată,* e de reţinut că nu toate leziunile au ca origine manopera abortivă, unele putând fi făcute accidental fie în timpul vieţii intra-uterine, fie după moartea fătului în uter:

a) *In timpul vieţii intra-uterine:* un traumatism suferit de mamă în cursul sarcinii; presiunea exercitată în cursul procesului abortiv (sufuziuni sanguine sub pielea capului a spatelui şi a membrelor); contracţiunea uterină poate mutila şi chiar sfârtica fătul.

b) *După moartea fătului în uter:* cadavrul fătului macerat fiind de o mare friabilitate leziunile se pot produce în timpul expulzării; manipulările brutale ale cadavrului fătului, înainte de examinarea lui.

VIII. Semnele de certitudine.

1. *Prezenţa în uter a instrumentului abortiv sau a unui fragment al acestuia.*

2. *Identificarea urmelor sau a efectelor substanţei abortive.*

II. NATURA AVORTULUI

Inarmat cu ştiinţele anamnezeice şi cu datele până aci expuse şi evitând pe cât posibil orice cauză de eroare, expertul, atunci când nu se poate sprijini pe elemente de o certitudine absolută, va conchide, cu o mai mare sau mai mică probabilitate, în ce priveşte natura avortului: spontan sau provocat.

In deosebi în ce priveşte avortul terapeutic, fie că există, fie că nu există un proces-verbal conform, va examina dacă în adevăr consideraţiunile invocate în favoarea suprimării sarcinii erau ştiinţificeşte întemeiate.

III. EPOCA PROBABILĂ A SARCINII

Elementele de determinare a epocii sarcinii sunt furnizate de examenul oului sau al resturilor acestuia, de examenul fătului şi de examenul mamei. *(Toate aceste elemente le-am expus în precedentele sub-diviziuni ale capitolului de faţă).*

Vom releva numai că indicaţiunea cea mai concludentă, indiferent de timpul care a trecut dela practicarea avortului, ne-o poate da numai rezultatul examenului fătului.

IV. DATA MANOPERELOR ABORTIVE

Deobiceiu, expulzarea rodului concepţiunii se produce la câteva ore, ori câteva zile dela intervenţiunea pentru provocarea avortului.

Excepţional pot trece şi câteva săptămâni, în cursul cărora să se înregistreze hemoragii mai mult sau mai puţin abundente. In cazul acesta sunt de făcut următoarele deosebiri, după modificările suferite de rodul concepţiunii: 1) *disoluţia* se produce numai în primele două luni ale sarcinii; 2) *mumificarea*, în intervalul dintre luna a 3-a şi luna a 5-a; 3) *macerarea*, după luna a 5-a.

După gradul uneia din aceste trei stări se poate trage o concluzie asupra datei probabile a manoperelor abortive.

Atunci când pentru suprimarea sarcinii s'au întrebuinţat substanţe abortive, se ţine seama de apogeul fenomenelor de intoxicaţie, pentrucă de regulă avortul coincide cu acest apogeu. In medie avortul se produce la 60 ore după ingerarea substanţei toxice *(Dölger).*

CAP. XII

FACEREA

„La maternité est une espèce de sacerdoce". — CHATEAUBRIAND

Cași în caz de sarcină, demonstrația medico-legală a facerii e de o însemnătate hotărîtoare, fie pentru validarea ori invalidarea unor acte ale vieții civile, fie pentru stabilirea elementului esențial al unor grave răspunderi în penal.

In civil: *dispensa de vârstă pentru căsătorie* (art. 128); *eliminarea cauzei de nulitate a căsătoriei* (art. 167); *cauză de divorț—dovada adulterului* (art. 214); *stabilirea filiațiunii paterne*, în caz de bănuială de substituire în sarcină simulată (art. 286—289, 292. 301—303); *filiațiunea maternă* — în caz de tăgadă (art. 308); *excepția pentru cercetarea paternității* (art. 307); *despăgubiri pentru seducerea unei femei* (art. 998); *filiațiunea paternă și maternă în caz de bigamie* (art. 183—184); *drepturile copilului la moștenire* (art. 106, 652—677); *drepturile la succesiunea copilului născut viu* (art. 670); *anularea donațiunii între vii* (art. 829, 836—837); *anularea adopțiunii* (art. 309).

In penal: *substituire* — în caz de sarcină simulată (art. 275); *dovada adulterului* (art. 269); *dovada bigamiei* (art. 271); *urmările atentatului la pudoare* (art. 263—266); *urmările răpirii unei minore* (art. 281—283); *urmările ademenirii unei fecioare* (art. 267 și 268); *pruncucidere* (art. 252); *stabilirea turburărilor mintale de natură puerperală* (art. 57).

I. MECANISMUL PARTURIȚIEI ȘI VARIETĂȚILE DE FACERI

A. Mecanismul facerii

Trecerea copilului dela vieața intra-uterină la cea extra-uterină e condiționată de cooperarea unor forțe active cu un grup de fenomene pasive.

Forțele active (expulsive) sunt: 1) contracțiunile uterine, intermitente la începutul durerilor, au fiecare o durată de 40—50 secunde (la început) și de 60—90 secunde (în toiul durerilor); 2) contracțiunea mușchilor abdominali.

Fenomenele pasive sunt: 1) dilatarea orificiului uterin; 2) ruperea membranelor; 3) dilatarea vaginului, a vulvei și a perineului.

a) In ușurarea normală se notează trei timpi: 1) deslipirea placentei și a membranelor; 2) migrațiunea casei; 3) expulzarea din vulvă (care poate dura 30 minute, 1 oră, 1 oră și jumătate, 2—3 și chiar mai multe ore).

b) In uşurarea patologică (aderenţe placentare, inerţie uterină, contractură şi hiper-retracţiune uterină), expulzarea suferă mari întârzieri.

Durata expulzării copilului mai e în funcţiune de volumul acestuia în raport cu lărgimea căii de ieşire şi cu prezentaţiunea copilului.

I. Despre volumul copilului vezi: cap. „Naşterea" (vol. II).

II. Prezentaţiunea: 1. *Prezentaţiunea capului* (occipito-iliacală stângă şi dreaptă, anterioară, transversă şi posterioară); 2. *prezentaţiunea feţei* (mento-iliacală stângă şi dreaptă, anterioară, transversă şi posterioară); 3. *prezentaţiunea şezutului* (sacro-iliacală stângă şi dreaptă, anterioară, transversă şi posterioară); 4 *prezentaţiunea umărului* drept sau stâng (acromio-iliacă stângă şi dreaptă). — Cea mai frecventă prezentaţiune e aceea a capului (la 1.000 faceri: 965 prezentaţiuni ale capului, 31 ale şezutului, 3 ale feţei şi 1 umerală).

După gradul ei de uşurinţă facerea e sau *rapidă* sau *laborioasă*.

a) *Facerea rapidă* e de regulă *naturală* sau *spontană* (în prezentaţiunea capului sau a şezutului).

b) *Facerea laborioasă* (a cărei durată poate uneori trece peste 24 ore) necesită de regulă intervenţia mamoşului, fie cu mâna liberă, fie cu mâna înarmată cu un instrument.

c) Atunci când omul artei intervine numai temporar spre a rectifica mecanismul parturiţiei, iar naşterea se face apoi în chip natural, avem o *facere mixtă* (naturală şi artificială). Intervenţiunea aceasta poate uneori îmbrăca şi forma hipnotizării ori aceea a narcozei.

Intervenţia medicului e indicată în:

I. **Viciile pelviene** (în 30% din faceri simplele forţe ale naturii sunt insuficiente pentru expulzarea copilului):

1. *Basinul prea mare:* retroversiunea uterului.

2. *Basinul strâmt:* basin infantil; basinul oblic ovalar al lui *Naegele;* basin transversal strâmtat prin atrofia celor două aripioare sacrale şi dubla synostosă; basin spintecat; basin viciat prin anomalii numerice ale vertebrelor sacrale; basin sacro-coxalgic; basin viciat prin osteo-mielita osului coxal; dubla fractură a lui *Malgaigne*, fractura sacrumului; extostose, spini osoşi, osteo-sarcomi şi enchodromi, fibromi.

3. *Viciile pelviene consecutive anomaliilor, deformaţiunilor şi leziunilor aparatului locomotor* — basin viciat prin: scurtarea simplă sau amputarea unui membru inferior; genu-valgum unilateral, picior strâmb; paralizia infantilă; luxaţia coxo-femurală.

II. **Distocie prin leziunile vulvei:** edemul vulvei, vulvită, tumori cicatrice, rezistenţa anormală a himenului sau micimea orificiului acestuia.

III **Distocie prin leziunile vaginului:** perete de despărţire longitudinal, himen supranumerar, comunicări anormale ale vaginului, strâmtare cicatricială, vaginism, leziuni inflamatorii, varice vaginale, kisturi şi fibromi, cancer al vaginului.

IV. **Leziuni interesând indirect scheletul pelvian:** lordoză, cifoză, scolioză.

⁂

Facerile la dată fixă necesită, în afară de anestezie, sau numai intervenția manuală, sau și cea instrumentală.

I. In ce privește anestezia, *Brindeau-Lantuejol* (1928), *Rouville, Delmas* (1928), pledează îndeosebi în favoarea *rachianesteziei*: dilatabilitatea colului uterin, supleța lui precum și aceea a segmentului inferior și a părților moi sunt tot atâtea condițiuni cari permit evacuarea extemporană a uterului. Rachianestezia e recomandată și pentru operația cesarianei joase. — Dar anestezia aceasta e primejdioasă atunci când e administrată de o mână inexpertă (într'o statistică de 304 de asemenea anestezii, 2 cazuri de moarte — *Brindeau*). — Doléas și Guly Gasparou preconizează ca mai bună *anestezia epidurală*.

II. Aplicarea forcepsului *la strâmtoarea superioară*, cu tot memoriul lui *Massini*, e considerată, de către obstetricienii francezi, ca periculoasă pentru copil. Mai toți mamoșii aceștia sunt de părere că, în prezența unui cap oprit la strâmtoarea superioară, trebue sau lărgit basinul printr'o *pelviotomie*, sau practicată extracția prin cesariana. — In America-de-Sud și în America Centrală, mai ales în urma renovării technicii de către *Zarate* (1927), e în foarte mare favoare *simfisectomia* nu numai parțială, dar și complectă, pe care *Hernandez* o consideră ca mai puțin riscată decât cesariana, în cel puțin 80% din cazuri. *Cathala*, însă, nu admite simfisectomia decât în cazurile în cari apare necesară o aplicațiune a forcepsului la strâmtoarea superioară.

B. Varietățile de faceri

I. Facerea la termen, facerea prematură și facerea tardivă

(Vezi: *nașterea la termen sau aproape de termen, nașterea precoce și nașterea tardivă*, la cap. „Nașterea", vol. II).

II. Facerea după instalarea menopauzei

(Vezi: cap. „Tăgada paternității și a maternității", vol. II).

III. Facerile multiple (în *suprafecundare* și în *superfetație*).

La cele deacum expuse (vezi cap. „Tăgada paternității și a maternității", vol. II), nu mai avem decât foarte puțin de adăugat:

1. *Facerile gemelare* (suprafecundarea). — *Le Lorier,* care admite și o facere sextuplă, în urma observațiilor făcute, a ajuns la concluzia că, în genere, sarcina gemelară se termină sau printr'o facere prematură sau printr'un avort.

2. *Facerile cu întrerupere, pentru aceeaș sarcină (superfetația).* — *Hofmann-Haberda* explică superfetația fie prin existența unui uter dublu, fie prin coexistența unei sarcini tubare, mai tânără decât cea intra-uterină. (La o autopsie s'a găsit în uter un făt de 5 luni, iar în trompă unul de 6 săptămâni). Indeosebi, în ce privește uterul dublu, e de observat, că nu întotdeauna e posibilă desvoltarea câte unui făt în fiecare din cele două jumătăți uterine: la impregnarea uneia din aceste două compartimente, cavitatea gravidă se extinde în dauna celeilalte jumătăți, asupra căreia

exercită o compresiune, strâmtând-o sau chiar închizând-o complect.

Oricum, dacă nu există uter dublu și nici nu persistă menstruația (în cursul sarcinii), care să explice o nouă ovulație (am văzut, însă, cât de puțin preț se poate pune pe reapariția fluxului catamenial), *Hofmann* nu mai admite superfetația, ci numai o suprafecundare obicinuită.

IV. Facerea ignorată

Femeea poate să nască fără să știe:

1. *In somn adânc, după o mare oboseală fizică sau extenuare psichică*, fie că durerile s'au pronunțat înainte, fie abea în cursul somnului (I. O femee, după 48 ore de dureri ale facerii, a adormit adânc, iar când s'a trezit, fătul era deacum cu capul angajat în vulvă *Paul Dubois*. — II. Două femei au născut în somn și nu s'au trezit, deși copiii scoseseră țipete — *Montgomery*).

2. *In stare de alienație mintală* (imbecilitate, idioție).

3. *In unele boli infecțioase cu delir* (febra tifoidă, meningita).

4. *In boala somnului.*

5. *In eclampsie*, femeea fiind artificial adormită.

6. *In stare de alcoolism acut.*

V. Facerea prin surpriză (facerea precipitată — „Sturzgeburt")

A fost pentru întâia oară descrisă de *Klein* (1817), iar ulterior *Casper, Hofmann Strassmann, Ungar* i-au consacrat documentate monografii. — Diagnosticul medico-legal al acestui gen de facere are importanță în materie de moștenire și atunci când există bănuiala de pruncucidere.

In facerea precipitată, contracțiunile uterine se succed repede: „femeea împinge cu disperare și expulzează, deodată cu fătul, și materiile conținute în rect și vesică" *(Cazeaux)*. — Se pare că există și o *ereditate* și o *continuitate* în facerile precipitate (1. Faceri precipitate notate la femei din 3 și 4 generații — *Tarnier*. — 2. Trei faceri precipitate la aceeaș femee, aproape fără durerile premergătoare — *Mattei*).

⁂

La cele numai enunțate la capitolul „Nașterea" (vol. II), vom adăuga:

1. **Factorii materni.** — Nașterea prin surpriză se notează în:

a) *Starea de inconștiență a femeii* (somn natural sau artificial, delir, alienație mintală) în momentul facerii (vezi mai sus: „*Facerea ignorată*").

b) *Ignorarea sarcinii.*

c) *Absența durerilor:* O femee șade la masă și deodată simte c'o jenează ceva la genitale iar în chiar acel moment aude zgomotul produs de un obiect izbit de parchet. Soțul, care auzise și el, în timp ce se apleacă, aude un nou zgomot la fel: ridică de jos doi gemeni de 6 luni (*Brouardel*).

d) *Absența prodromurilor durerilor.* (O primipară fără instalarea prodromurilor, e apucată de dureri pe când se plimba prin cameră și, instantaneu, naște deanpicioarele, cu cordonul rupt la câțiva centimetri de inserția ombilicală. Copilul e viu și nu prezintă nici o leziune, cu toată căderea lui pe parchet — *Brouardel*).

e) *Intepretarea eronată a durerilor.* — 1. Necrezându-se la termen, o secundipară ia durerile — cari țin de 12 ore — drept dureri abdominale de altă natură. Se duce în latrină, unde i se rupe punga apelor și aproape imediat, ca un glonte scăpat dintr'o pușcă, pruncul cade pe podeaua privății. Deși cordonul e rupt chiar dela locul inserției pe ombilic, totuș copilul e viu și teafăr — *Bogdan*. — 2. O servitoare primipară simte seara mici colici cărora nu le dă nici o atenție. La 1 dimineața e apucată de colici mai violente; se pune pe oala de noapte și prin eforturile ce face expulzează brusc copilul. Taie cordonul și coboară în apartamentul stăpânilor, cărora le povestește întâmplarea — *Leblond*. — 3. Vezi observațiile citate la capitolul „Nașterea".

f) *Precipitarea expulzării.* — Ca durată durerile s'au urmat normal sau anormal, dar expulzarea se produce brusc, în contra prevederilor femeii și ale moșului.

1. Durerile se pronunță deacum. In timp ce examinam femeea așezată pe marginea patului, în poziția ginecologică, și cu uterul abea întredeschis, m'am pomenit deodată stropit cu o cantitate mare de lichid și cu copilul în brațe, rotația făcându-se într'un singur timp (*Minovici* ca intern al Maternității).

2. La o multipară, după dureri de 3 ore, intervine o pauză de o jumătate de oră, după care, după alte două dureri relativ slabe, se produce expulzarea, pe când femeea sta rezemată de un dulap.

3. O primipară are dureri dela 8 dimineața până la 2, când vine medicul care nu vede iminența facerii. Indată după plecarea acestuia, femeea, reapucată de dureri, naște deanpicioarele deasupra unui vas cu apa fierbinte. Copilul sucombă opăririi — *Staes*.

4. O primipară are dureri dela 2 dimineața, cari după masă dispar. La 7 seara revin brusc și gravida naște instantaneu — *Trachet*.

5. Gravida, văzând că durerile au contenit, nu ezită să plece deacasă; in drum durerile reîncep brusc și tot brusc se produce și expulzarea. (Și aceasta se poate întâmpla în stradă, în trăsură, în tramvaiu, în tren, în vizită).

g) *Facerea întârziată prin voința gravidei* — în sarcina ilegitimă mai ales: femeea, care s'a silit să ascundă anturajului starea ei de graviditate, face sforțări supraomenești să întârzie momentul ușurării, atunci când nu are posibilitatea de a se izola, dar expulzarea, atâta timp reținută, nu mai poate fi împiedecată și se produce cu impetuozitatea unei forțe deslănțuite.

2. **Factorii fetali.** — a) *Greutatea fătului.* — E inexact că nașterile precipitate sunt apanagiul feților de o greutate mai mică de 3.000 gr., pentrucă sunt numeroase observațiile de faceri fulgerătoare cu copii până la 5.000 gr.

b) *Prezentațiunea capului* dă cel mai mare procent de faceri precipitate.

c) *Numai excepțional* se notează asemenea faceri *în sarcina gemelară.*

3. **Locul.** — Facerea precipitată se poate produce în orice loc, mai întotdeauna când femeea e trează și numai excepțional în somn sau în narcoză.

4. **Pozițiunea** e de regulă oricare, afară de aceea a decubitusului dorsal normal: deanpicioarele, șezând, în genunchi, pe vine.

a) In *facerea deanpicioarele* avem observațiile lui *Brouardel*, *Klein* (155 din 185 faceri precipitate), *Winckel* (38 cazuri), *Casper* (4 de față cu martori).

b) *Șezând, pe vine sau în genunchi.* — Contestate de *Devergie*, *Bayard*, *Tardieu*, poziţiunile acestea in facerea precipitată sunt confirmate de numeroase observaţii: 1) O femee, însărcinată pentru a treia oară — şi de celelalte sarcini se uşurase tot fulgerător, — apucată de primele dureri, ia o trăsură spre a se duce la spital. Gravida n'apucă să se aşeze bine în vehicul şi se pronunţă o durere cu angajarea capului pe vulvă: iar după a doua durere, copilul e complect expulzat între coapsele mamei — *Bonnemaison*. — 2. In 183 faceri precipitate, 22 în poziţia pe vine şi 6 în genunchi — *Klein* — 3. Din 10: 4 deanpicioarele în poziţie de staţionare, 2 în mers, 2 în trăsură şi 2 pe vine — *Goltz*. — 4. Din 13 cazuri, 4 şezând, 1 pe vine — *Moser*. — 5. In 43 cazuri: 3 pe vine 1 în genunchi — *Heilacke*. — 6. Din 8 cazuri, 2 şezând, 1 pe vine şi 1 în mers — *Kiproff*.

A. Urmările facerii precipitate sunt suportabile pentru mamă care, în genere, nu e expusă decât la leziuni locale cari nu-i pot pune vieaţa în primejdie. *Leziunile* acestea interesează, în ordinea frecvenţei: perineul, vaginul şi — extrem de rar — colul uterului. — Indicaţiunile statistice: nici o leziune în 25 faceri precipitate *(Reinhardt)*; în 37 cazuri, rupturi perineale numai în 7 *(G. Koch)*; 3 rupturi perineale în 22 cazuri *(Moser)*; 11 rupturi perineale în 82 cazuri *(Bonnemaison)*; 14 rupturi perineale, în 47 cazuri *(Hellake)*; 4 leziuni vaginale în 66 cazuri *(Kiproff)*; 24 rupturi perineale şi 34 leziuni vaginale în 137 faceri precipitate *(Scanzoni)*.

B. Urmările facerii precipitate pentru copil pot fi nule, de o importanţă mediocră ori extrem de grave, uneori chiar catastrofale, atât după locul şi poziţia în care se produce expulzarea cât şi după efectele acesteia: ruperea cordonului, expulzarea simultană a fătului şi a anexelor, expulzarea în bloc a oului *(vezi, pentru mai amplă informaţie:* cap. „Pruncuciderea", vol. II).

VI. Facerea post mortem

Naşterea copilului din mama deacum moartă a fost în repetite rânduri notată. In genere se admite că fătul viabil poate supravieţui în uter până la 20 minute dela moartea mamei. Sunt însă şi excepţii de supravieţuiri mai lungi: în 1930, copilul viu a fost extras din uter după trecerea de *trei ore* dela decesul constatat al femeii *(Minovici)*; o naştere în sicriu *(Hellendal*, 1927).

Facerea *post mortem* poate fi spontană ori artificială.

1. **Spontană:** a) Sub *presiunea gazelor putrefacţiei*. — b) In absenţa acestei presiuni, prin *contracţiunile uterine postume*. — c) *Rigiditatea cadaverică* poate avea efect expulziv numai asupra uterului cu orificiul dilatat *(Hellendal)*.

2. **Artificială** — prin *intervenţie chirurgicală*.

Frecvent se recurge la cesariana pentru salvarea copilului nu numai în timpul agoniei gravidei, ci şi imediat după moartea acesteia. După o statistică recentă proporţia de copii astfel salvaţi e de 22—68% în cesariana moartei şi de peste 80% în cesariana muribundei *(Neumann, 1929)*.

VII. **Facerea simulată**

Fie că n'a existat de loc sarcină, fie că sarcina e abea la începutul ei, dar femeea are interes să invoace o facere recentă; fie, însfârşit, că e vorba de delirul sarcinii.

II. ACCIDENTELE ŞI COMPLICAŢIUNILE FACERII

A. Mama

a. **In timpul şi cu ocazia facerii**

1. *Hemoragiile* (în timpul facerii, după expulzarea placentei, la câteva ore după uşurare) pot cauza moartea rapidă sau subită, prin provocarea de tromboze, slăbiciuni cardiace şi infecţie puerpurală.

2. *Retenţiunea totală sau parţială a casei.*

3. *Placenta praevia cervicală.*

4. *Ruptura sinusului circular al lui Meckel (Brindeau—Brouha).*

5. *Rupturi uterine în timpul durerilor:* moarte rapidă sau subită. — Ectopia pelviană a rinichiului poate provoca, la facere, o ruptură uterină.

6. *Rupturile părţilor moi şi ale uterului*, atunci când greutatea copilului trece de 4 kgr.

7. *Perforarea uterină* consecutivă injecţiilor cu extract hipofisar, practicate de unele moaşe, în scop de a accelera alura facerii.

8. *Inversiunea uterină în timpul uşurării:* moarte rapidă sau subită.

9. *Ruptura uterină cu infecţiunea consecutivă hemoragiilor „post partum"*, atunci când copilul e hydrocefal *(Brouha).*

10. *Leziuni traumatice ale articulaţiunilor basinului:* articulaţiile sacro-coccigiene, simfiza sacro-iliacă, simfiza pubiană.

11. *Fracturi spontane ale sternului şi ale coastelor*, în timpul sforţărilor expulsive *(Vidal, Chaussier).*

12. *Ruptura spontană a ficatului* (caz extrem de rar) cu hemoragie letală, în timpul parturiţiei cu eclampsie *(Markov,* 1928).

13. *Emfizemul subcutanat.*

14. *Asistolie acută* (la mitralele in stare de hiposistolie), *edem acut al plămânului:* moarte rapidă sau subită *(Brindeau-Lemeland).*

15. *Hernia traumatică a diafragmei.* — Un caz: cu puţin înainte de a naşte, medicul pune diagnosticul unei hernii traumatice stângi a diafragmei; copilul e extras cu forcepsul şi femeea moare *(Ioachim,* 1927).

16. *Şocul facerii*, analog şocului operator, cauzează moartea

subită în: insuficienţa cardiacă, embolie şi eclampsie *(Ziemke*, 1926).

17. *Tuberculoza laringee:* durerile se pronunţă în cursul unei crize de asfixie, iar parturienta moare la câteva ore după uşurare.

18. *Paralizia parturientei.* — Paralizia trecătoare (de câteva săptămâni) a plexusului ischiadic se notează uneori după aplicarea forcepsului *(Schulz*, 1928).

19. *Toate afecţiunile* (descrise la capitolele sarcinii şi avortului — vol. II), cari, atunci când n'au întrerupt sarcina, primejduesc vieaţa mamei la facere.

b. După uşurare

În morţile subite cari survin în lăuzie, un rol considerabil îl joacă, în marea majoritate a cazurilor: emboliile consecutive trombozelor, bolile interne nediagnosticate în prealabil, eclampsia şi infecţia puerpurală *(Ziemke*, 1926).

1. *Afecţiunile cardio-vasculare* primejduesc vieaţa lăuzei.

2. *Intoxicaţia mortală în urma injecţiilor vaginale şi intra-uterine* cu o soluţie de sublimat, care e primejdioasă chiar în proporţie de 1 la 4000.

3. *Infecţiunile puerpurale* (cu atât mai periculoase, cu cât ele întâlnesc un teren mai puţin rezistent) sunt toate infecţiunile cari, la lăuză, iau naştere la nivelul aparatului genital lezat prin traumatismul obstetrical. Agenţii infecţioşi sunt: streptococul, stafilococul, gonococul, colibacilul, microbii anaerobi. *Jeannin* a observat 192 cazuri de infecţii cari se descompun astfel: septicemie pură 27, peritonită 7, flebită supurată 10, infecţiune uterină 75, infecţiune peri-uterină 33, trombo-flebită 15, infecţiune vulvo-perineală 23. — Mortalitatea e de 17% (în 32 cazuri din cele 192 observate, se notează: septicemie pură 22, peritonită generalizată 6, flebită supurată 4).

De când *Couvelaire* a atras atenţia asupra formelor metroragice ale infecţiunii puerperale *(hemoragii tardive, în urma facerilor fără retenţiune placentară)*, literatura medicală de specialitate s'a îmbogăţit cu numeroase studii şi observaţiuni. „Severitatea infecţiunii deslănţuite de manoperele intra-uterine tardive trebue să ne facă să ezităm de a le practica în atari cazuri septice şi astfel medicul se găseşte în alternativa: ori abstenţiunea, ori hysterectomia" *(Trillat-Epervier*, 1928).

Hemoragiile secundare *post-partum*, în afară de acelea cari au ca origine o retenţiune placentară, trebuesc atribuite unei infecţii uterine locale *(Digonnet*, 1928), printr'un fragment placentar deslipit ori pediculat.

⁂

După originea infecţiunilor puerpurale, se deosebesc *(Brindeau-Chomé):*

1. **Infecţiunile vulvo-vaginale** – consecutive rupturilor datorite traumatismului — sunt indeosebi frecvente la primipare. Se prezintă sub următoarele forme: a) *escare vulvo-vaginale;* b) *limfangită vulvară;* c) *erisipel al vulvei;* d) *abcese şi flegmoane ale vulvei;* e) *gangrenă vulvo-vaginală.*

2. **Infecţiunile uterine:** a) *endometrită puerperală* (imflamatorie, purulentă, pseudo-membranoasă, putrescentă, gangrenoasă); b) *metrită parenchimatoasă;* c) *metrită gangrenoasă.*

3. **Infecţiunile peri-uterine:** a) *pelvi-peritonită;* b) *flegmoane pelviene;* c) *celulită pelviană.*

4. **Salpingita.**

5. **Peritonitele puerperale genneralizate:** a) *peritonita purulentă sau flegmonoasă (acuta, supraacută, sub-acută);* b) *peritonita septică* sau *septicemia peritoneală.*

6. **Flebitele puerperale**, dintre cari unele cu debut embolic, al căror proces a făcut recent obiectul unor observaţiuni foarte interesante *(Faure, Douay, Vidal, Le Lorrier*—1928). Se deosebesc: *a) phlegmatia alba dolens* (cu varietăţile: flebitele tardive, flebitele bilaterale, flebitele bastarde ale septicemiilor); b) *complicaţiunile in phlegmatia alba dolens* (limfangita, erisipelul, eczema, sfacelul, embolia pulmonară, edem perimaleolar, edem cronic generalizat la întreg membrul inferior, varicele psot-flebitice, nevralgiile crurale şi sciatice, ulcerele, atrofia musculară, durerile articulare, ankilozele); c) *flebitele puerperale ale membrelor superioare* (foarte rare); d) *flebitele utero-pelviene* (tromboflebitele simple sau adezive şi flebitele supurate, indeosebi studiate în anii din urmă de Laffont, Houel, Ferrari).

7 **Septicemiile propriu-zise:** a) *septicemia puerperală cu streptococi* (septicemia primitivă, septicemia secundară, precoce ori tardivă); b) *septicemia ne-streptococică;* c) *septicemia cu enterococi;* d) *septicemia cu stafilococi;* e) *septicemia cu gonococi;* f) *septicemia cu perfringens.*

8. **Septicemiile puerperale** cu forma pyoemică se caracterizeazú prin frecvenţa şi importanţa focarelor metastasice (aparatul circulator, aparatul respirator, sistemul loco-motor, sistemul nervos, organele simţurilor, aparaul urinar, glandele vasculare sanguine, aparatul digestiv).

9. **Infecţiunea amniotică:** ruptura prematură a membranelor poate favoriza infecţiunea.

B. Copilul

1. **Oligohydramnie** (aproape de termenul facerii, cantitatea lichidului amniotic e mai mică decât 200 gr.): copilul se naşte mai mult sau mai puţin asfixiat, cu deformaţiuni datorite compresiunii fătului de peretele uterin.

2. **Ruptura precoce a membranelor:** copilul, întotdeauna înainte de termen (6, 7 sau 8 luni), se naşte viu, dar cu deformaţiunii asemănătoare acelora în oligohydramnie şi, în majoritatea cazurilor, e neviabil.

3. **Hydrorea deciduală:** copilul se naşte viu *(Brindeau-Brouha).*

4. **Distocie prin escesul de volum al fătului** (copil de o greutate mai mare de 4 kgr.: de 4,5kgr. 1 la 170 faceri; de 5 kgr. 1 la 2500 faceri; *Cazeaux* a notat un copil de 9 kgr., *Beach* unul de 10,775 kgr. iar *Dubois* unul de 11.500 kgr.). — Pronosticul e cu

atât mai alarmant, cu cât copilul e mai mare: moartea e datorită: fie asfixiei progresive (din cauza prelungirii facerii), fie hemoragiei consecutive stazei sanguine, fie, însfârșit, unei leziuni traumatice a bulbului. — In facerile cu basinul strâmt, mortalitatea globală a copilului e de 12% *(Bar, Pinard)*. Pronosticul nu e bun decât pentru basinele cu diametrul mai mare de 9 cm.: în basinele cu diametrul de 8.6—9 cm., se înregistrează o mortalitate de 20%, procent care crește pe măsură ce scade diametrul și ajunge până la 100% în basinele cu diametrul mai mic de 7 cm. *(Voron)*.

5. **Edemul generalizat al fătului** (rar observat). Copilul expulzat înainte de termen, ori se naște mort, ori sucombă după câteva minute, cel mult după câteva ore.

6. **Hydrocefalia congenitală.** — Deobiceiu copilul moare; dar, chiar de supravieţuește facerii, e un idiot congenital.

7. **Gușa congenitală:** viața copilului e amenințată în caz de extracție forțată.

8. **Ascita congenitală** (hydropsia în cavitatea abdominală): de regulă copilul sucombă fie în timpul facerii, fie imediat după ea. *(Fordyce* a reușit să salveze vieața noului-născut, prin practicarea unei puncțiuni abdominale).

9. **Tumorile sacro-coccigiene:** copilul sucombă deobiceiu în timpul facerii sau imediat după naștere *(Brouha)*.

10. **Deformațiunile plastice ale capului** în trecerea prin căile genitale. Ele dispar în 2—3 zile dela naștere.

11. **Bosa sero-sanguină** (pe întreaga prezentațiune sau numai pe o parte a ei) dispare în 24—48 ore dela naștere, iar prin mărimea ei dă indicațiuni asupra duratei facerii. — Ea nu se notează niciodată la un nou-născut macerat *(Le Lorier)* și deaceea nu trebuie luată drept bosă cefalică vitală imbibițiunea putrefactivă roșiatică a țesutului celular subcutanat al capului, care se vede la un astfel de copil. Bosa sero-sanguină poate lipsi în facerile precipitate ori atunci când capul copilului e extrem de mic: *Elsaesser* n'a găsit bosa cefalică decât în 74 din 340 faceri premature și numai în 1302 din 3789 faceri la termen.

12. **Acțiunea bolilor infecțioase ale mamei din timpul sarcinii:**

a) **Variola:** 1. Copilul se poate naște viu, indemn de orice contagiune, dar nu imunizat; 2) viu și cu imunitate temporară de 2—3 luni; 3) viu, dar contaminat; 4) născut în perioada eruptivă, moare după puțin timp; 5) evoluția variolei efectuându-se complect în timpul vieții intra-uterine, copilul se naște cu cicatrice; 6) copilul se naște mort.

b) **Tusea măgărească,** transmisă noului născut, evoluează cu o repeziciune foarte mare, cauzând mai întotdeauna moartea.

c) **Varicela:** copilul, născut viu, prezintă vesiculele caracteristice *(Brindeau)*.

d) **Oreionul** e excepţional transmis fătului, iar copilul se naşte cu morbul lui Little *(Hutinel, Darboncix)*.

e) **Erisipelul:** copilul se naşte infectat.

f) **Encefalita letargică:** infecţiunea prin transmisiunea placentară: moarte *(Marinescu)*.

g) **Febra tifoidă:** numai când infecţiunea se produce în a 8-a lună, copilul se poate naşte viu, dar cu o viabilitate de numai câteva săptămâni *(Marfan)*; în cazul cel mai bun, rămâne debil *(Thiroloix)*.

h) **Cărbunele** se poate transmite fătului *(Marchand, Paltauf)*.

i) **Turbarea** nu se transmite copilului *(Demelin)*.

j) **Boala somnului** nu se transmite copilului *(Thiroux, Leboeuf, Nattan — Lerrier)*.

k) **Sucta miliară:** fatul poate fi infectat *(Thoinot)*.

l) **Tuberculoza pulmonară:** copilui se naşte viu (frecvent mic), rareori infectat, pe când placenta e aproape de regulă contaminată.

m) **Sifilisul:** în 92% din cazuri, copilul, născut viu, e infectat. — 1) *Sifilisul anexelor:* hipertrofia placentei (greutatea medie 700—800 gr., excepţional 1.500—2.000 gr.); ingroşarea membranelor; indurarea totală sau segmentară a cordonului *(Bar, Tissier)*. — 2 *Sifilisul fetal:* copilul, atunci când se naşte viu şi viabil prezintă semnele caracteristice eredo-sifilisului precoce: pemfigus, coriza, sifilide cutanate, sifilide mucoase, hipertrofia ficatului, megalosplenie, monstruozităţi sau vicii de conformaţie *(Bar)*. — Atunci când mama contractează sifilisul în ultimele trei luni ale gestaţiunii, excepţional infecţiunea se transmite fătului *(Gaucher)*. — Sifilisul de a doua generaţie: copilul moşteneşte stigmatele infecţiunii bunicii *(Fournier, Barthélemy, Tarnowsky)*.

13. **Intoxicaţiunile.** a) *Fosforul* e transmisibil fătului determinând leziuni de steatosă la nivelul ficatului *(Miura, Porak, Bossi)*.

b) *Hydrargirismul* e transmisibil copilului.

14. **Apendicita:** în facerile aproape de termen, fătul poate fi infectat pe calea transplacentară *(Pinard)*.

15. **Syndromul Graves-Basedow:** 5% născuţi morţi *(Chapa)*. — Născut viu, copilul prezintă adesea o turburare a osificării scheletului — achondroplasie sau diplasie periostală *(Vaudescal)*.

16. **Hemofilia:** copilul, mai ales dacă e fată, se naşte adesea indemn *(Vaudescal)*.

17. **Purpura:** deşi deobiceiu netransmisibilă, copilul de regulă se naşte mort sau neviabil *(Liebling)*.

18. **Anemia pernicioasă:** 54% născuţi morţi; dintre cei născuţi vii, 15% neviabili, sucombând în primele două săptămâni ale vieţii extra-uterine *(Aubertin)*.

19. **Cardiopatiile:** excepţional copilul supravieţueşte, atunci când mama moare la începutul facerii: el poate fi salvat prin imediata extracţie cesariană *(Vaudescal)*.

20. **Paralizia progresivă:** copilul se naşte cu stigmate sifilitice.

21. **Chorea gravidică:** la unii din copiii născuţi la termen se poate nota hydrocefalia sau spina bifida.

22. **Eclampsia:** copilul sucombă în timpul facerii sau după câteva ore dela expulzare.

23. **Pyelonefrita:** uneori moartea copilului la câteva zile dela naştere *(Vaudescal).*

24. **Acţiunea razelor X şi a radiumului în tratamentul terapeutic al regiunii pelviene.** Din 625 observaţii, *Murphy* (1929) a ajuns la următoarele concluzii: *a)* dacă tratamentul e anterior concepţiei, el poate uneori avea ca urmare naşterea unui copil bolnav sau defect; *b)* dacă tratamentul a fost aplicat în timpul sarcinii, se înregistrează în proporţia de 1 la 10 un copil cu defecte însemnate, îndeosebi microcefalia.

III. DIAGNOSTICUL FACERII

Necesar pentru confirmarea sau infirmarea unei bănueli de pruncucidere, unei acuzaţiuni de părăsire a unui nou-născut, pentru demonstrarea temeiniciei unei acţuni în contestarea filiaţiunii (paternă ori maternă) în caz de suspiciune de sarcină simulată ori de sarcină imaginară, diagnosticul facerii e bazat, după împrejurare, atât pe examenul femeii vii şi al copilului (viu sau mort, dacă există), cât şi pe acela al cadavrului femeii şi al copilului (viu sau mort).

După cum am arătat deacum („Tăgada paternităţii". pag. 78—79), literatura medicală a înregistrat faceri şi la o vârstă foarte înaintată a femeii. Să mai cităm şi exemplul Paulei Fieschi, din Paris, care, la 90 ani, la 1 Decembrie 1742, a dat naştere unui băiat (mai avea şase copii în vârstă, dintre cari cel mai mare de 70, iar cel mai mic de 60). Din ordinul Regelui Ludovic XV, căruia femeea i-a fost prezentată, faptul a fost înregistrat şi cu amănunte descris în „Chronique publique de la revue retrospective sous le règne de Louis XV" (1742—1743). — Vârsta, dar, nu va constitui pentru expert o obiecţiune prealabilă.

A. Femeea vie

In genere, diagnosticul e foarte lesne la o *primipară* nu numai în primele săptămâni ci şi la câteva luni după facere; uneori semnele parturiţiei subsistă ani şi decenii *(Zoeppritz).* Cu toate acestea *Haberda* a avut prilejul să examineze, după trecerea de 15 ani, o primipară, la care dispăruse orice urmă de modificare anatomică şi care aveà în totul aparenţa unei nulipare. Atunci însă când e vorba de *multipară,* diagnosticul ultimei faceri aproape nu mai e posibil, numai la interval de câteva luni.

Elementele de informaţiune sunt culese din: examenul stării generale a femeii, examenul mamelelor şi al sfârcurilor; examenul scurgerilor genitale (dacă subsistă), al organelor genitale externe şi interne, al regiunii ano-perinealo-vulvare. Afară de starea generală de puerperalitate care, după un interval variabil, poate să nu mai prezinte nici un simptom, toate celelalte semne au un caracter de o durabilitate mai mare şi deci de probabilitate şi chiar de certitudine. — Valoare de prezumţie au indicaţiunile oferite de modificările în aspectul abdomenului şi al glandelor mamare (inclusiv secreţiunea acestora); valoare de quasi-certitudine ori chiar de certitudine absolută au constatările făcute la aparatul genital şi rezultatul probelor biologice.

1. Starea generală

a) In primul loc e **habitus-ul caracteristic** lăuzei: debilitarea fizică în primele zile.

b) **Escitabilitatea**, sporită în timpul parturiţiei şi care în *post partum* redevine normală, poate persista câteva zile şi excepţional câteva săptămâni şi chiar câteva luni (depinde de temperament şi de natura facerii).

c) **Temperatura parturientei** creşte în primele douăspreze ore (dacă, deopildă, femeea a născut dimineaţa, seara se poate nota o urcare până la 38°).

d) **Pulsul**, în tot cursul săptămânei de lăuzie, e rar; frecvenţa bătăilor nu trece de 50—60 pe minut.

e) **Hemoragiile**, eventualele **fracturi spontane ale sternului şi coastelor, emfizemul** subcutanat, eventualele **infecţiuni puerperale** (deacum descrise la „Accidentele şi complicaţiunile facerii" — vol. II).

2. Glandele mamare şi secreţiunea lactară

A. **Mamelele.** — Valoarea lor diagnosticală e foarte discutabilă, atunci când ca elemente de informaţie se iau numai *forma, volumul, aspectul* şi *consistenţa* (vezi: „semnele obiective ale sarcinii", vol. II). E adevărat însă că, în săptămâna lăuziei, sânul e bogat in ţesut glandular, cu vergeturi albăstrii proaspete (îndeosebi pe jumătatea inferioară.

Mamelonii, oarecum turtiţi şi cu tuberculii lui Montgoméry proeminenţi în areolă, sunt pigmentaţi. In ce priveşte acest din urmă caracter, e de observat că deşi pigmentarea mamelonului şi a areolei subsistă câtva timp, aceasta nu e totuş întotdeauna un semn sigur, pentrucă dispare cu vremea, iar la unele femei (îndeosebi la cele blonde) areolele pot fi roze chiar după faceri repetate. — La presiune, în primele 3—4 zile, secretează *colostrum*.

La o *facere mai veche*, singurele semne indicatoare sunt: 1) mamela oarecum contractată la bază; 2) mamelonul sferic (dovada unei alaptări mai îndelungate); 3) eventuala prezență a unei cicatrice de incizie în caz de mastită (cauza de eroare: cicatricea poate fi și semnul unui hematom purulent, consecutiv unei răniri sau contuziuni).

B. **Secrețiunea lactară** trebue examinată din punctul de vedere al intensității, al duratei și al elementelor constitutive.

a) *Durata și intensitatea.* — Pe când la *parturienta care nu alăptează* (particularitate de un interes medico-legal mai ales în cazurile de suprimare sau de abandonare a copilului) funcțiunea lactară nici n'apucă să se instaleze deabinelea (secrețiunea slăbește numai *după câteva zile* și încetează cu totul după 8—10 săptămâni), la femeea care-și hrănește pruncul, secrețiunea poate dura mult și după înțercare (uneori ani de zile — *Zoeppritz, Nussbaum, Siegert, Corrado*).

Intensitatea debitului e cu atât mai mare, cu cât alăptarea a început mai devreme, după facere.

b) *Prezența sau absența colostrumului* în lapte servește ca indicație de oarecare valoare pentru determinarea epocii ușurării: absența corpusculilor de colostrum a fost întotdeauna notată în laptele femeii care a născut un copil la termen.

c) *Cauze de eroare.* — Secrețiunea lactară, deși identificată, nu poate constitui un element de certitudine, pentrucă ea se observă și la nulipare fără nici o modificare anatomică specifică a genitalelor, îndeosebi la acele cari suferă de boli cronice ale acestora din urmă: myom, kistomi ovariani. Secrețiunea mamară se mai notează în anumite *nevroze* și în *tabes* (Siding), în idioție (o virgină de 20 ani — *Hofmann*). Uneori, ea se substitue menstruației (observație făcută de *Gauthier* asupra unei virgine).

3 Abdomenul

Caracteristica abdomenului de parturientă o constitue flaciditatea peretelui abdominal, vergeturile, pigmentarea și linia brună.

a) **Flaciditatea și încrețirea tegumentelor** sunt mai marcate la o multipară decât la o primipară și cu atât mai mari cu cât mai numeroase au fost facerile. La o primipară tegumentele abdominale își pot chiar recăpăta cu timpul consistența normală, mai ales când, grație unei bune alimentări, s'a constituit un abundent paniculul grăsos.

b) **Vergeturile** (vezi și „Semnele obiective ale sarcinei", vol. II), *violacee* atunci când sunt recente, devin cu timpul *sidefii*.

De o abundență variabilă — uneori ocupând întreaga jumătate inferioară a abdomenului, întinzându-se până la șolduri și șezut — cicatricele sarcinii pot însă lipsi și la multipare (în 10% dintre lăuze — *Zoeppritz*).

Prezența vergeturilor poate induce in eroare, pentrucă ele se notează câteodată și la femei cari n'au fost deloc însărcinate, cu constituirea de grăsime in țesutul celular subcutanat; deasemenea la șezut și la genunchi în bolile febrile — tifos, scarlatină. Vergeturi se notează chiar la *bărbații* cari se'ngrașă repede.

c) **Pigmentarea pielei.** in lăuzie, e augmentată și uneori poate ocupa întreaga suprafață abdominală: ea poate persista vreme îndelungată după facere, de ambele părți ale liniei brune.

d) Linia brună subsistă timp de câteva săptămâni.

4. Stomacul

După parturiție, la palpare, stomacul e găsit lungit și subțiat in partea centrală; abea după două luni, își reia forma normală (*Schickelé*).

5. Perineul

In 25% dintre primipare se notează rupturi perineale la nivelul comisurii inferioare a vulvei. Se deosebesc două grade de asemenea leziuni, după cum ele interesează numai pielea, sau pielea și musculatura.

In ambele cazuri, vindecarea se poate produce spontan, iar vestigiile rupturilor sunt reprezentate de o cicatrice liniară, (pentru intâia oară indicată de *Hegar*). Dacă ruptura nu e la timp cusută, linia cicatricală e mai largă, deci mai vizibilă.

6. Rectul

Ruptura perineală se poate întinde uneori până la sfincterul anal și rect, interesându-l direct pe acesta.

După caracterul leziunii rectale, se poate stabili cu aproximație epoca facerii (*Zoeppritz*):

a) *Rana recentă* se prezintă cu sufuziuni sanguine și cu marginile mai mult sau mai puțin zdrențuite. După 8 zile dela ușurare, rana e complect acoperită cu granulațiuni proaspete, iar buzele ei încep să se cicatrizeze. Dacă există tendință la o vindecare primară, buzele rănii sunt lipite, nu însă atât de intim ca să nu poată fi ușor desfăcute.

b) *După 14 zile,* vindecarea a făcut progrese mari, iar, la rupturile superficiale granulate, cicatrizarea e aproape desăvârșită; la răni mai profunde, procesul de cicatrizare durează mai mult.

7. Vulva

Atunci când furculița e foarte destinsă sau a suferit o ruptură, vulva e căscată în partea ei inferioară și ochiul pătrunde până în vagin.

a) **Buzele mari.** — In primele zile după facere sunt umflate, edematioase.

b) **Buzele mici.** — Timp de 3—4 zile, fețele interne sunt ca strivite, cu sufuziuni sanguine.

c) **Uretra și clitorisul.** — La nivelul acestora se notează uneori rupturi cari, atunci când nu există hemoragie, se vindecă spontan.

8. Himenul

1. De regulă himenul parturientei prezintă rupturi multiple și adânci, cu substanța himenală redusă la simple resturi ale carunculilor mirtiformi. Dar, precum am văzut la descrierea diverselor forme de himen (Vezi: cap. „Atentatele la pudoare" și „Diagnosticul atentatului la pudoare", vol. II), aspectul membranei depinde de consistența și de orificiul ei. In unele varietăți himenale, se constată numai rupturi izolate, cu toate că prin căile genitale a fost expulzat un copil aproape de termen sau chiar la termen.

2. Numai un himen absolut intact e dovada peremptorie a absenței parturiției.

9. Vaginul

a) In primele zile e flasc, cu încrețiturile șterse, dilatat, iar prin orificiul lui pot pătrunde mai multe degete deodată și chiar toată mâna. Se retractează însă repede, așa că după numai o săptămână dela facere, nu mai e accesibil decât la cel mult două degete, iar pereții recapătă încrețiturile; după maximumn 3--4 săptămâni, vaginul și orificiul lui recapătă aspectul normal. — Dar un vagin mai mult sau puțin dilatat se poate nota și imediat după un coit repetat și să semene cu vaginul retractat după facere. — Cât despre netezirea încrețiturilor, în deosebi la peretele anterior, semnul acesta nu se notează de cât rareori fără o prealabilă parturiție.

b) La parturientă, se notează rupturi *cicatriciale ale columnei și ale furculiței.*

c) *Mucoasa*, în primele zile de lăuzie, violacee, întrucâtva desprinsă, prezintă leziuni mai mari sau mai mici.

10. Uterul

Se examinează mai intâiu colul și apoi corpul organului.

I. Colul uterin

La o nulipară porțiunea vaginală a colului are forma aproape conică, iar după facere una mai mult cilindrică.

A. **Orificiul exterior.** — a) Caracteristicele de diferențiare ale unui *orificiu virgin* diferă după gradul de maturitate sexuală:

1) în primii ani ai pubertății, orificiul are forma ovalară transversală (crăpătură lunguiață orizontală); 2) la o fecioară tomnatică, ovalul se contractează, luând forma circulară; 3) la o virgină foarte bătrână, contracțiunea e și mai accentuată, nerămânând decât un foarte mic orificiu circular. — Orificiul virgin nu e nici odată căscat, iar pe contur nu se observă alte crestături decât cele naturale datorite încrețiturilor pereților colului.

b) *Orificiul exterior al unei femei care a născut* (o crăpătură transversală) prezintă crestături laterale (urmele unor rupturi cicatrizate), îndeosebi atunci când prin col a trecut un copil matur sau cel puțin viabil. La multipare. se notează crestături mai numeroase. cu linii cicatriciale care se prelungesc până pe fundul vaginului, iar țesutul dintre crestături e tumefiat.

Se poate însă întâmpla — foarte rar e adevărat — ca la o primipară să nu se mai poată distinge cicatricele, dacă a trecut vreme mai îndelungată dela ușurare: marginile orificiului sunt rotunjite ca la o nulipară. porțiunea vaginală a colului are și ea înfățișarea ca la o nulipară.

Mai e de notat că crestăturile cicatriciale nu sunt specifice parturiției, pentrucă ele pot fi consecutive fie unei discizii opertorii a orificiului, fie unei tumori profunde.

In primele zile după facere. orificiul exterior se prezintă ca o crăpătură transversală, larg căscată: permite trecerea unuia și chiar a două degete (dar aceasta se poate nota și la o intervenție pentru dilatarea colului: în tentativa de avort). — La o săptămână după parturiție, orificiul e atât de contractat, că nu mai e accesibil nici măcar unui singur deget.

B. **Orificiul interior al uterului** se contractează repede: după trei zile dela ușurare. abea mai lasă trecerea unui deget, iar după cel mult două săptămâni e reînchis.

După 5—6 zile colul își reia aproape aspectul normal.

II. Corpul uterului

Se examinează sub raportul volumului și al consistenței. (In prealabil se golește vesica, pentrucă uterul puerperal, foarte mobil. poate fi împins de vesica plină până la marginea antero-inferioară a cavității toracice, margine formată de cartilajele coastelor 7—10).

a) **Volumul.** — In *prima* zi a lăuziei, atunci când e vorba de un copil la termen sau foarte aproape de termen, uterul. la examenul bimanual apare ca o tumoare imensă, iar cupola lui ajunge până în dreptul ombilicului sau la 2—3 degete sub acesta. De multe ori e puțin deplasat la dreapta și de o mare mobilitate în toate sensurile. — *In ziua a 5-a*, fundul uterului se simte pela mijlocul distanței dintre ombilic și simfiză. *In a 8-a zi*, a coborît sub simfiză. In *a 12-a zi*, ajunge sub cuta pubiană și nu mai poate fi palpat prin tegumentele abdomenului.

Retracțiunea uterină (de o durată mai scurtă la femeea care alăptează), normal terminată în 6—8 săptămâni, poate fi întârziată de infecțiunea puerperală. De unde urmează că indicațiunile ce le-am dat nu au decât o simplă valoare de orientare. Ceeace, însă, se poate cu preciziune conchide e că, *dacă, la o facere la termen sau foarte aproape de termen, fundul uterului nu se mai găsește dincolo de simfiză, a trecut mai mult de o săptămână dela ușurare*.

b) **Consistența** caracteristică a uterului puerperal e aceea a unui țesut întrucâtva ramolit, în care rămân impresiunile degetelor (consistență la fel cu anasarca).

* * *

Sunt cazuri în cari dovada facerii recente o face *prezența în uter a unor resturi din membranele oului sau chiar aceea a placentei*, întreagă sau numai un fragment *(Thoresen* relatează o retențiune placentară timp de 3 săptămâni)

11. Lochiile

Colorațiunea și consistența lor diferă după epoca examenului.

a) **In primele 3—4 zile** lochiile au consistența și aspectul unui **sânge hemoragic, cu chiaguri**; *lochia rubra*. — Fluxul hemoragic, care de regulă nu lipsește în nici o facere, variază, sub raportul cantității, după: mărimea copilului, suprafața de inserție placentară, numărul și importanța rupturilor atât ale orificiului exterior al uterului cât și ale părților genitale externe, alura facerii (în nașterile rapide, se produce atonia uterului, cu o hemoragie foarte abundentă — *Schroeder)*. Numai excepțional și anume atunci când fătul expulzat murise de mult în uter, cantitatea de sânge scurs la facere poate fi sub media normală.

Cantitatea mijlocie de sânge hemoragic *post-partum* variază după statisticile observațiilor făcute: 600—800 gr. *(Ahlfeld)*; 600—1000 gr. și chiar mai mult *(Schanta)*. Dar se notează și cantități mai mici: 250—300 gr. in 27 observații: 400—500 gr. in 46 observații.

Mai e de notat că grosul cantității de sânge se scurge odată cu eliminarea placentei și după această eliminare. Așa că atunci când expulzarea casei întârzie și se produce în altă parte decât pe locul unde femeea născuse, nu se mai găsesc decât urme neînsemnate de sânge cari pot fi lesne înlăturate. Cele mai multe și mai mari pete de sânge, la o naștere recentă, se găsesc pe buzele mari, pe coapse, pe rufele de corp și pe cearșafuri, pe saltea, pe podea în apropierea patului

1. *Cauză de eroare:* dar nu orice pată de sânge trebuie atribuită hemoragiei puerperale, fără un prealabil examen de identificare, pentrucă pete astfel localizate ca acele de mai sus se pot nota şi în menstruaţie şi în scurgerile datorite formaţiunilor neoplasice.

2. *Identificarea sângelui puerperal.* — Se recurge la probele biologice descrise la „Diagnosticul sarcinii" — vol. II: 1) reacţiunea antitriptică; 2) constatarea sporului de materii grase şi lipoide; 3) reacţiunea veninului de cobra; 4) sporirea vitezei de sedimentaţiune a globulelor roşii; 5) dialisa lui Abderhalden, de regulă pozitivă în primele 8—14 zile. Dar (vezi la locul indicat) reacţiunea pozitivă nu e întotdeauna concludentă.

b) **In a doua jumătate a săptămânii I-a,** lochiile au consistenţa şi aspectul unui lichid sanguino-seros *(seamănă cu zeama de carne)* — *lochia seroasă,* care uneori, atunci când lăuza se dă imediat jos din pat, poate perzista chiar 2—3 săptămâni.

c) **In săptămâna a 2-a dela facere,** lochiile, din cauza prezenţei în mare cantitate de leucocite şi de celule epiteliale, capătă *aspectul puroiului (lochia alba)* şi devin tot mai mucoase. In forma aceasta lochiile persistă până la sfârşitul săptămânii a treia.

Dar, după cum observă şi *Zoeppritz,* aceste trei faze ale lochiilor nu sunt constante, pentrucă atunci când femeea face mari sforţări corporale, se mai poate identifica sânge în aceste scurgeri şi după trecerea de câteva săptămâni dela facere. Apoi, durata scurgerilor lochiale e mai mică la femeea care alăptează.

d) **Identificarea lochiilor.** — Elementul caracteristic al lochiilor sunt *vilozităţile choriale.* Numai din eventuala prezenţă a celulelor deciduale — cari, împreună cu fibrina, globulele roşii şi leucocitele, deasemenea se găsesc în lochii — nu se poate trage o concluzie temeinică de puerperalitate, pentrucă celulele deciduale se pot identifica şi în scurgerile myomilor şi ale endometritei cronice *(Ruge).*

Din a doua jumătate a primei săptămâni de lăuzie se pot nota în lochii saprofiţi şi germeni patogeni, ceeace e de o mare importanţă pentru diferenţiarea unei auto-infecţiuni de o infecţiune provocată *(Zangenmeister).*

e) **Elementele constitutive ale lochiilor în diversele faze.** 1. In *lochia rubra:* globule roşii, elemente deciduale, celule epiteliale, uneori şi celule de vernix caseosa, peri fetali, corpusculi de meconium.

2. In *lochia serosa:* elementul preponderent îl formează leucocitele.

3. In *lochia alba:* corpusculi de puroiu de diverse forme şi mărimi, corpusculi de grăsime, leucocite, celule epiteliale.

(Pentru examenul microscopic al lochiilor, vezi şi vol. I, pag. 578).

12. Petele de meconium şi de sebum

a) **Meconiumul.** — Prezenţa petelor de meconium pe căile genitale, pe cămaşa femeii, pe cearşafuri e o indicaţie de certitudine a facerii. E însă de observat, că nu orice copil elimină meconium în cursul expulzării sau imediat după naştere (Vezi: *„Examenul petelor de meconiu", vol. I, pag. 598).*

b) **Petele de sebum.** — Identificarea acestora e de o valoare indiscutabilă (vezi: *„Examenul petelor de sebum", vol. I, pag. 596).*

13. Probele serologice

a) **Acţiunea sângelui parturientei asupra albuminei laptelui.** In sângele unei femei care a născut fie de numai câteva zile, fie chiar de câteva luni, se constată existenţa unor aglutinaţi cu reacţiune caracteristică şi specifică asupra albuminei laptelui uman. *(Lippera,* 1927). — Pomenim de această probă numai cu titlu de inventar, pentrucă în genere e anevoie de realizat.

b) **Prezenţa hormonului hypofisar în urina femeii** (vezi: „Diagnosticul sarcinii", vol. II).

c) **Reacţiunea lui Abderhalden.** — Ecalle a notat că reacţiunea pozitivă se atenuează după a 10-a zi dela facere, iar după trei săptămâni, reacţiunea e întotdeauna negativă.

⁂

Din cele până acum expuse, s'a văzut că, luate izolat, cele mai multe dintre semnele indicate pot induce în eroare (vezi exemplele dela capitolul „Diagnosticul avortului" vol. II). De aceea concluziunile trebuie să isvorească din concordanţa unui cât mai mare număr de indicii, mai ales că parte din semne dispar: unele după numai câteva zile, altele după câteva săptămâni dela facere.

1. La întrebarea, *dacă o femee a născut ori nu gemeni,* răspunsul nu-l poate da decât examenul placentei şi al membranelor.

2. Chestiunea de a se şti, *dacă femeea supusă expertizei e primipară ori multipară,* e foarte greu de rezolvat, mai ales când examinata e o femee bine hrănită şi bine îngrijită. In genere, cel mult pot servi ca puncte de reper: *a)* flaciditatea extremă şi durabilă precum şi subţierea tegumentelor abdominale; *b)* dilatarea vaginului şi a orificiului himenal şi ştergerea încreţiturilor de pe pereţii acestora; *c)* forma porţiunii vaginale a colului şi deschizătura orificiului exterior al acestuia; *d)* mărimea, grosimea şi consistenţa aspră a uterului.

B. Examenul cadavrului femeii

I. Mamelele, abdomenul, vulva, perineul, rectul şi vaginul

Se examinează întocmai ca la femeea vie.

II. Uterul

În teză generală, ori care ar fi epoca de examen, un uter puerpural (nu numai de multipară ci chiar de primipară) nu recapătă niciodată forma şi mărimea uterului virginal. Eventualele adânciri ale uterului, modificările de situaţie, aderenţele peritoneale nu îndrituesc însă la concluzia puerperalităţii, pentrucă atari particularităţi se notează şi în afecţiuni uterine, mai ales după gonoree; metrita cronică şi neoplasmele contribue la mărirea volumului organului.

Ditrich atribue *necrozei parţiale a musculaturii uterine* valoarea unui semn de certitudine al puerperalităţii; dar, precum observă şi *Haberda*, această necroză nu e caracteristică decât în cazurile de stânjenire a retracţiunii normale (stânjenirea consecutivă bolilor infecţioase).

Un semn de o valoare controlată e acela identificat de *P. Fraenkel: prezenţa celulelor choriale uriaşe printre fibrele musculare* şi modificările suferite de stratul muscular.

Schiekelé indică semnul *degenerării hialine a vaselor uterine*, cu inserarea de celule ectodermice.

III. Diferenţiarea uterului virgin de uterul puerperal.

1. Forma şi aspectul. — *Uterul virgin:* peretele posterior e mai boltit ca peretele anterior, iar fundul organului e drept.

Uterul puerperal: cavitatea mărită, peretele anterior aproape tot atât de boltit ca acel posterior, fundul e deasemenea foarte boltit; de faţa interioară, brăzdată de vilozităţi, aderă cheaguri sanguine şi resturi deciduale. Locul de inserţie placentară (mare cât palma, la câteva zile după facere), se retractează odată cu întreg uterul, dar mai încet decât restul pereţilor acestuia, aşa că mai poate fi identificat şi după trecere de două luni (la 6 săptămâni mai are un diametru de 2 cm.). Mai îngroşat ca restul peretelui uterin (a cărui grosime e de 3.5—5 cm.), locul de inserţiune e accidentat, aspru, cu trombe vasculare şi cheaguri sanguine aderente. — Musculatura peretelui uterin e palidă şi se distinge cu uşurinţă reţeaua fibrilară, iar la microscop se notează degenerarea hialină a fibrelor. Pe secţiunea peretelui, vasele golite se văd larg căscate. Colul e lărgit, contuzionat; orificiul căscat şi cu rupturi recente sau cicatrizate. — Peritoniul uterin e încreţit.

2. Dimensiunile. — a) *Uterul virgin (inclusiv colul):* diametrul vertical 6—6.5 cm. (din care aproape jumătate e ocupat de lungimea colului), diametrul transversal (distanţa dintre trompe) 3,5—4 cm., diametrul antero-posterior 2,5 cm.

b) *Dimensiunile uterului puerperal:* examinat imediat (la un interval de cel mult câteva zile) după facere, diametrul vertical e de 16—19 cm. (colul e cu mult mai mic decât jumătatea corpului uterin), diametrul transversal 12—13 cm., diametrul antero-posterior 7—8,5 cm. — Dacă moartea s'a produs cu o întârziere mai mare, atunci dimensiunile uterului sunt acele ale fazei de retracţiune a organului (retracţiune care, precum am arătat, *atunci când nu intervine o infecţiune puerperală*, e in genere terminată după 6, maximum 8 săptămâni dela facere).

In faza ultimă a retracţiunii, uterul are următoarele dimensiuni: diam. vertical 8—9 cm., diam. transversal 4,5—5,5 cm., diam. antero-posterior 3—3,5 cm.

3. **Greutatea uterului virginal:** 40—50 gr. — *Greutatea uterului puerperal:* îndată după facere 900—1200 gr., la o săptămână 500—600 gr., la două săptămâni 350—400 gr., după trecere de 4—5 săptămâni 200 gr., in momentul retracţiunii complecte. 60—70 gr.

4. **Corpul galben.** — a) Cel al nuliparei numit şi *corpul galben menstrual* se reconstitue după 3—4 săptămâni, iar după două luni e transformat în corp fibros.

b) *Corpul galben al gravidităţii* numit şi *corpul galben adevărat* pe deoparte e mai mare decât cel menstrual (un diametru de 22 mm.), iar pe de alta are o mult mai mare vitalitate. El îşi atinge apogeul desvoltării la 3 luni după fecundare, iar retracţiunea lui se face încet până la sfârşitul primei jumătăţi a sarcinii, de când nu mai regresează, până aproape de sfârşitul gestaţiunii şi abea in această perioadă începe iar să se retracteze (7—8 mm.). După naşterea unui copil matur, corpul galben mai are mărimea unui bob de mazere — *Müller* a identificat în corpul galben al gravidităţii o abundenţă de substanţă coloidală şi de particule de calciu. Tratate, coloidul se colorează în portocaliu *(Van Gieson)*, iar sărurile calcaroase formează conglomerate cari, prin adiţionare de acid sulfuric, se dizolvă, lăsând un sediment de ace de gips *(Robert Meyer)*.

5. **Decidua ovarii** (descrisă de *Lindenthal, Stravoskeades, Hoermann, Peukert)* e un semn sigur al puerperalităţii. După *Lindenthal*, resturile acestui ţesut se pot identifica şi după trecere de mulţi ani, cu condiţia, bine înţeles, ca în interval să nu fi fost distrus de putrefacţie ori să fi fost conservat ca piesă anatomică de control.

C. Copilul

1. **Viu.** — Pentru diferenţiarea unui non-născut de un copil cu o viaţă extra-uterină de câteva zile, câteva săptămâni sau chiar

câteva luni, vezi indicaţiunile date (cu privire la talie, greutate, dentitiune, craniu, ochi, circonferinţa toracică, distanţa între umeri) la capitolul „Naşterea" (vol. II) şi la cap. „Minorul-Vârsta", vol. II, pag. 107).

2. **Mort.** — Vezi indicaţiunile date la capitolul „Naşterea" (vol. II) şi la capitolul „Minorul-Vârsta", vol. II, pag. 107).

D. Data facerii

După ce au trecut câteva luni dela moarte, nu mai e cu putinţă să se fixeze data facerii.

In general, în primele şase săptămâni dela facere, data se poate preciza cu o mare aproximaţie de zile.

1. Femeea vie

I-a săptămână: 1) escitabilitatea; 2) temperatura; 3) pulsul; 4) aspectul glandelor mamare; 5) secreţiunea de colostrum; 6) debitul secreţiunii lactare; 7) aspectul rupturii perineale; 8) aspectul rupturii rectale; 9) aspectul buzelor mari şi al nimfelor; 10) rupturile şi cicatricele mai recente ale substanţei himenale, dacă există; 11) flaciditatea şi dilatarea vaginului; 12) coloraţia mucoasei vaginale; 13) aspectul, crestăturile şi cicatricele orificiului exterior al colului uterin; 14) starea de retracţiune a orificiului interior al colului; 15) nivelul la care se identifică fundul uterului; 16) *lochia rubra* (primele 3—4 zile) şi *lochia serosa* (restul săptămânii); 17) vechimea petelor de meconium şi de sebum.

A II-a săptămână: 1) aspectul rupturii rectale; 2) nivelul la care se identifică fundul uterului; *lochia alba* (purulentă).

A III-a săptămână: 1) aspectul vaginului; 2) nivelul la care se identifică fundul uterului; 3) *lochia alba*.

A IV-a săptămână: 1) aspectul vaginului; nivelul la care se identifică fundul uterului.

A V-a, a VI-a, a VII-a şi a VIII-a săptămână:

a) *gradul de retracţiune uterină (cu ajutorul sondei).*

b) *Vergeturile tegumentelor abdominale* (după aspect).

2. Cadavrul femeii

a) *Toate semnele dela femeea vie, întrucât subsistă.*

b) *Dimensiunile şi greutatea uterului.*

*
* *

Cu titlu de curiozitate vom releva (după *Roblot*, 1924), că marea majoritate a facerilor se înregistrează între 1 şi 7 dimineaţa. Cele mai multe naşteri de băeţi se notează în faza lunii pline; fetele se nasc mai mult începând dela luna nouă până la ultima fază lunară.

CAP. XIII

PRUNCUCIDEREA

„Le crime d'une mère est un pesant fardeau". — RACINE

I. CONSIDERAŢIUNI GENERALE

A. Definiţia şi legislaţia

„Pruncuciderea se numeşte omorul copilului său de curând născut" (art. 250 c. p.).

Prin însăş această definiţie, legiuitorul a înţeles să lase medicului expert sarcina de a determina, dacă victima crimei speciale s'a bucurat ori nu de o viaţă extra-uterină, de scurtă durată. Condiţia esenţială ca să existe pruncuciderea e dar administrarea probei, că pruncul a trăit, pentrucă, în chiar ipoteza că se găsesc urme de violenţă la un născut-mort, instanţa represivă nu ar mai avea nici un rost de a interveni, deoarece s'ar afla în prezenţa unei crime imposibile: nu poţi omorî o fiinţă neînsufleţită.

Singurul cusur de redacţiune ce putem imputa legii penale în vigoare, e că lasă neprecizată limita superioară a duratei vieţii copilului, pentruca suprimarea lui să poată fi calificată pruncucidere: adică, după cât anume timp dela expulzare crima îşi pierde calificarea ei deosebită, spre a căpăta pe aceea de asasinat ordinar. Şi e necesară o atare delimitare, pentrucă, prin *art. 252 al. II, c. p.*, pedeapsa muncii silnice pe viaţă e redusă la recluziune, în favoarea mamei care-şi suprimă copilul nelegitim. Or pentru asasinatul ordinar nu e edictată decât o pedeapsă: munca silnică pe viaţă (art. 252, *al. I. c. p.)*.

Lacuna aceasta e umplută de „Proectul Codului Penal" din 1928 *(art. 415)*: „Pruncuciderea se numeşte omorul săvârşit de mamă asupra copilului său în timpul naşterii *sau mai înainte de a fi expirat termenul legal de declarare la oficiul stării civile*" (termen care e de trei zile dela uşurarea femeii — *art.* 56 din „Legea privitoare la actele stării civile" din 21 Februarie 1928). — Aceasta e interpretarea pe care, şi sub imperiul legii penale în vigoare, trebuie s'o dea expertiza medico-legală. Dificultatea întâmpinată e numai atunci când, într'o facere clandestină, pruncul a rămas nedeclarat: în atare caz, expertul se călăuzeşte de elementele anatomice (mai jos indicate) spre a determina pe deoparte vârsta copilului, iar pe de alta epoca morţii. Vechea indicaţiune trasă din căderea cordonului ombilical e desuetă, ca una ce e bazată pe un element de control variabil tocmai sub raportul timpului.

Atunci când autorul crimei e părintele sau orice altă persoană, inrudită sau străină, fapta e calificată asasinat, indiferent de durata vieții extra-uterine a copilului.

Pruncucidere, mai bine zis bănuială de pruncucidere e și atunci când, fiind notoriu că o femee și-a dus sarcina până la termen sau aproape de termen, copilul a dispărut. In cazul acesta, dacă nu se descoperă locul unde a fost îngropat copilul sau nu se găsesc resturi ale cadavrului acestuia, dovada crimei se face numai prin examenul mamei.

Insfârșit, expertul poate fi chemat a se pronunța asupra unei tentative de pruncucidere, care atunci devine crimă ordinară *(art. 38, 239, 240* și *242* c. p.).

* * *

Dar atât legea penală astăzi aplicată *(art. 252, al. II)* cât și proectul de modificare *(art. 418:* „Pruncuciderea săvârșită asupra unui copil natural se va pedepsi cu temnița grea dela 5 la 10 ani") păcătuesc grav față de interesele societății, prin aceea că nu precizează circumstanțele de fapt cari să militeze pentru indulgența de care beneficiază mama criminală. De indurarea legală nu se bucură numai fata ori văduva săracă sedusă ci orice femee, măritată sau nu, vinovată de a fi șters, dintr'o trăsătură de condeiu muiat în sânge, un episod din cartea unei vieți de plăceri desmățate. Ingăduința aceasta constitue o primă de încurajare pentru desfrânare și de batjocorire a sfințeniei legământului căsătoriei.

Vom încheia aceste observațiuni critice cu deziderátul formulat și la capitolul avortului: cerem corecționalizarea pruncuciderii, pentrucă mansuetudinea de care, în marea majoritate a cazurilor, dau dovadă jurații, constitue un netăgăduit pericol social.

B. Etiologia

O statistică recentă *(Popoff* — 1928) fixează la 1 la 1000 raportul de pruncucidre, față de sarcinile duse până la termen.

Cauzele sunt, în genere, aceleași pe cari le-am indicat și la avortul criminal: 1) *frivolitatea:* femeea considerând pe noul venit ca pe un musafir nepoftit cu menirea de a-i stingheri viața de plăceri cu nesaț trăită; 2) *calculul material:* o gură în plus de hrănit înseamnă o rectificare a unora din capitolele budgetului de cheltueli somptuare; 3) *lipsa perspectivei de a putea suporta cheltuelile de creștere și întreținere a copilului;* 4) *mizeria materială caracterizată;* 5) *rușinea* (fată, văduvă, soție adulterină); 6) *acces de nebunie puerperală;* 7) *contagiunea* (în aceeaș localitate mai multe femei și-au suprimat copilul exact în acelaș fel — *Nippe).*

1. **Categoriile sociale** (în ordinea frecvenţei): a) *servitoare* 33%, b) *lucrătoare* 25%, c) *minore* (la casă părintească) 18%, d) *menajere* 12%, e) *prostituate* 9%, f) *croitorese, lingerese, vânzătoare de prăvălie, funcţionare publice şi private* 5%. (E de observat că, dacă femeile din categoriile *d, e* şi *f* dau un procent relativ mic de pruncucigaşe, explicaţia trebuie căutată fie în precauţiunile ce le iau spre a nu rămânea însărcinate, fie în practica avortului pe o scară mai mare).

2. **Starea civilă**: 70% *nemăritate*, 22% *măritate*, 8% *văduve*.

3. **Femei cari mai au copii**: 15%.

4. **Gradul de instrucţiune**: 60% *analfabete*, 25% *cu clasele primare*, 12% *cu instrucţiunea secundară*, 3% *cu cultură superioară*.

5. **Religia**: 85% *creştine*, 9% *mozaice* şi 6% *alte confesiuni sau fără confesiune declarată*.

6. **După aglomeraţiile populare**: 68% *la ţară* 21% *în oraşele mai mari*, 11% *în târguşoare*.

II. DIAGNOSTICUL

Ca şi pentru avort, diagnosticul pruncuciderii interesează justiţia nu numai din punctul de vedere al represiunii penale, dar şi din acela al actelor vieţii civile (filiaţiune, moştenire, donaţiune între vii — *vezi articolele din codul civil, indicate la capitolele „Sarcina“ „Facerea“ şi „Avortul“).*

Pentru administrarea probei materiale a crimei ajunge examenul cadavrului sau al părţilor din cadavrul copilului prezumat a fi fost omorit. Pentru aplicarea sancţiunii, însă, devine necesar şi examenul mamei pentrucă, după cum am arătat, pe deoparte, femeea, vinovată, poate tăgădui sarcina şi parturiţia, iar pe de alta, atunci când se găseşte din întâmplare un prunc care a sucombat unei morţi violente, bănuiala poate cădea asupra unei femei nevinovate (fie că n'a fost deloc însărcinată, fie că e încă însărcinată). Numai în chipul acesta se pot evita grave erori judiciare, despre cari am pomenit şi la capitolul „Avortul“ *(Vol. II).* Prin concluziile sale expertul îşi asumă o grea răspundere, deoarece, în caz de informare greşită a justiţiei, e pasibil de despăgubiri civile *(art. 998* c. c.) şi de pedeapsa prescrisă pentru defăimare *(art. 294 c. p.).*

(Pe bordul unui transatlantic se dă peste cadavrul unui nou-născut. Bănuelile cad asupra uneia din pasagere, o tânără Irlandeză de 20 ani. Medicul vaporului o examinează şi conchide la vinovăţia ei; dar după trei zile se descoperă adevărata culpabilă. Medicul, care dăduse dovadă de o crasă ignoranţă — declarând lăuză pe o virgină cu toate c'o examinase în cinci rânduri — e condamnat, de Curtea din Mineola — Long Island, la 2.500.000 lei despăgubiri civile).

1. Examenul cadavrului copilului

(Pentru autopsia noului-născut, vezi: Vol. I, pag. 496—510).

Rydberg (1929) preconizează următoarea technică pentru examenul *in situ* al creerului şi al meningelor:

Printr'o incizie, făcută in imediata apropiere a suturilor, dar cu respectarea acestora, şi fără a se atinge dura-mater, se desprind de această membrană oasele craniului, bucată cu bucată (ambele parietale şi ambele frontale). In chipul acesta se pot nota, prin transparenţă, hemoragiile subdurale mai ales dacă lăsăm dura-mater să se usuce puţin.

Apoi deschidem spaţiul subdural, prin două incizii făcute în dura-mater la câte un deget depărtare, in dreapta şi in stânga sinusului venos al acestei membrane. Scoatem jumătăţile durei şi facem o încizie a secerei cerebrale la creasta cocoşului. Tragem incet, în sus şi înapoi, secera şi fâşia îngustă ce a mai rămas din dura-mater; cu chipul acesta putem examina venele meningelor moi, cari dau in sinusul venos.

Se intoarce apoi cadavrul cu faţa in jos: in regiunea lobilor occipitali creerul se desprinde lesne de cort şi putem astfel examina legăturile vasculare, vena magna Galeni şi suprafeţele cortului.

Tăiem orizontal pedunculul creerului in zona punţii lui Varole, la trecerea acesteia prin orificiul cortului, ceeace ne permite examinarea creerului mare in bloc şi apoi secţionat.

In sfârşit, spintecăm cortul, examinăm şi scoatem cerebelul.

Intrebările la cari are să răspundă expertul sunt:

1. *Cadavrul e al unui copil născut în limitele pe deoparte compatibile cu viaţa* (cel puţin 180 zile), *iar pe de alta cu noţiunea de nou-născut* (la termen sau aproape de termen)?

2. *Cadavrul e el al unui copil născut viu* (a putut să trăiască in timpul facerii sau după naştere)?

3. *Sucombat-a copilul unui accident în legătură cu naşterea, unei insuficienţe vitale congenitale sau violenţelor exercitate asupra lui?*

4. *Care e cauza morţii naturale* (inclusiv cea accidentală)?

5. *Care e felul şi cauza morţii violente?*

6. *Cât timp a trăit copilul dela naştere până la moarte?*

7. *Cât timp a trecut dela moartea copilului?*

A. Putut-a pruncul să se nască viu ?

Cu alte cuvinte, trebuie să arătăm dacă vârsta lui intra-uterină era compatibilă cu viaţa.

Am văzut *(vol. II: cap. „Naşterea"* şi *cap. „Tăgada paternităţii şi a maternităţii")*, cari sunt caracterele anatomice şi fiziologice ale unui copil născut la termen sau aproape de termen, cât şi acele ale copilului născut prematur (180 zile). Dar, deoarece in materie de pruncucidere (intocmai caşi in aceea de avort) expertului nu i se mai cere, ca in materie de tăgadă a paternităţii, să indice numai limitele superioară şi inferioară a vârstei copilului, ci pe cât posibil, să precizeze vârsta acestuia, vom complecta indicaţiunile deacum date *(Vezi şi „Diagnosticul avortului"*, vol. II), cu următoarele elemente de orientare:

1. Copilul la termen (10 luni lunare)

a. Talia fătului matur (mediile măsurătorilor parțiale, după tabela lui Letourneau):

	făt masc.	*făt feminin*
Dela vertex la pubis	29,5 cm.	31 cm.
Dela pubis la tuberozitatea condilului femural intern	9 „	10 „
Dela condilul intern al femurului la marginea inferioară a feței posterioare a calcaneului	10,5 „	10,5 „
Dela apofisa acromionului la epicondre	9 „	9 „
Dela epicondre la apofisa stiloidă a radiusului	7 „	7 „

Gommer și *Negri* văd un semn de probabilitate în lungimea labei piciorului: când aceasta e mai lungă de 8 cm., fătul e născut la termen.

Diametrul bi-acromial: 12 cm.; *circonferința:* 35 cm. — *Diametrul sterno-dorsal:* 9,5 cm. — *Diametrul transversal bi-iliac* 8—9 cm.; circonferința 27,5 cm. — *Diametrul bi-trochanterian:* 9—9,5 cm.— *Diametrul pubo-sacral.* 5,5 cm.

b. Greutatea (vezi „Nașterea" și „Avortul" vol. II).

c. Pielea, abundent căptușită cu grăsime, mai e acoperită cu puf numai în regiunea umerilor. — Stratul superficial de *vernix caseosa* poate lipsi. — *Pielea capului* e aproape în întregime acoperită cu un păr lung de 2—3 cm.

d. Unghiile: cornoase, trec dincolo de buricele degetelor dela mâni, iar la degetele dela picioare abea ajung până la vârf.

e. Capul (cifrele medii): *circonferința orizontală cea mai mare* 32—37 cm.; *diametrul bi-temporal* 7,8—8 cm., *diametrul bi-parietal* 9,5 cm; *diametrul fronto-occipital* (de la rădăcina nasului până la proeminența occipitală) 12 cm.; *diam. mento-occipital* 12,5 cm. (*Pfannkuch* propune drept criteriu suma diametrilor bi-parietal, fronto-occipital și mento-occipital; dacă suma e sub 30,5 cm., după toate probabilitățile, copilul nu e născut la termen). — *Fontanela* mare: diametru de 2,5 cm. Dar acest diametru se întâlnește și la copilul nematur.

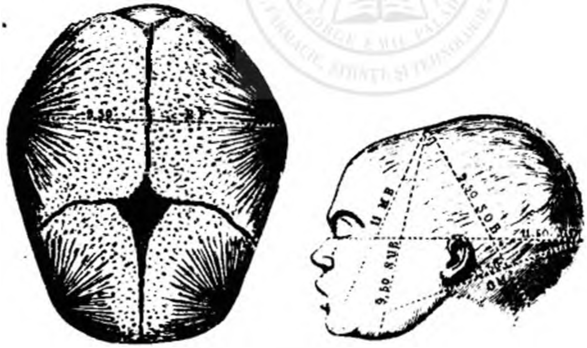


Fig. 47. — Pruncuciderea. Capul copilului născut la termen sau aproape de termen — I. *In dreapta:* diametrul biparietal si vederea celor două fontanele.— II. *In stânga, măsurarea diverșilor diametri:* diametrul occipito-frontal, diam. mento-occipital, diam. mento-bregmatic, diam. sub-mento-bregmatic, diam. sub-occipito-bregmatic.

f) Creerul. — Greutatea massei encefalice reprezintă 1/8 din greutatea totală a corpului la 180 zile și 1/10 din aceeași greutate dela 270 zile în sus (fătul la termen), iar media acestei greutăți pentru creerul copilului matur — la care începe să se desineze și circonvoluțiunile — e (atât după tabela lui *Letourneau* cât și după aceea a lui *Hecker* și *Buhl*) de 352 gr. (emisferele și corpul calos 315 gr., cerebelul 16,5 gr.).

g. **Ochii şi pleoapele.** — Un semn de certitudine absolută, pentru diferenţiarea unui copil la termen sau aproape de termen de unul prematur, îl constitue pe deoparte absenţa sau prezenţa membranei pupilare, iar pe de alta pleoapele desfăcute sau lipite.

Membrana pupilară persistă până pe la 190—195 zile de viaţă intra-uterină, când începe să dispară, iar depe la a 215-a zi de viaţă intra-uterină nu mai rămâne nici o urmă. — Indentificarea acestei membrane pe cadavrul fătului trebue făcută cu lupa, deoarece ea nu e vizibilă cu ochiul liber decât numai când corneea e de o transparenţă deosebită. De regulă, atunci când ochii copilului rămân deschişi câteva ceasuri, cornea se usucă şi devine opacă.

Am văzut *(cap. „Naşterea" vol. II)* că *desfacerea pleoapelor* e un semn neîndoios pentru diferenţiarea vârstei fătului. Expertul, găsindu-se în faţa cadavrului unui făt cu ochii deschişi şi bănuind că pleoapele au fost desfăcute de o mână interesată, are mijlocul (recomandat de *Tourdes* şi *Morel)* pentru demascarea fraudei: examinate la microscop, celulele epidermice depe linia de disjoncţiune sunt, faţă de cele din regiunea vecină cari îşi păstrează forma, lungite şi atrofiate. — O atare deschidere nenaturală a ochilor unui făt de 6 luni poate să fie datorită şi unui accident.

h. **Urechea şi nasul:** cartilajele bine formate.

i. **Sistemul dentar.** — La copilul născut la termen se găsesc, în maxilarul inferior deoparte şi de alta a liniei mediane, câte 4 alveole bine despărţite având pe fund muguri dentari.

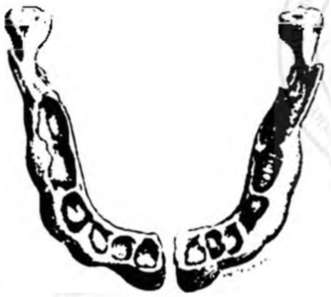


Fig. 48. — **Pruncuciderea.** Maxilarul inferior al copilului născut la termen sau aproape de termen: Vederea celor 8 alveole bine despărţite, câte 4 de o parte şi de cealaltă a liniei mediane dintre cele două jumătăţi ale maxilarului.

j. **Punctul lui Béclard.** — Un important element de diferenţiare între o naştere precoce şi una la termen îl avem în prezenţa *punctului lui Béclard*, foarte rezistent la putrefacţie. Nucleul acesta osos, care se formează la extremitatea inferioară a femurului, e de mărimea unui bob de linte sau de mazere (cel puţin 4 mm., în diametru la copilul matur) şi are o formă eliptică. Roşu pe cadavrul proaspăt, e de un galben murdar pe cadavrul putrefiat. El se poate identifica şi pe femurul izolat al unui cadavru ciopârţit. — Deobiceiu punctul lui Béclard apare în a doua jumătate a ultimei luni a gestaţiunii normale; dar s'au văzut cazuri în cari prezenţa lui a fost constatată pe cadavre de copii născuţi la 8 luni. Se poate întâmpla să lipsească: în 1 la 150 autopsii (*Vibert*); în 17 la 100 (*Haecker*); în 3.5 la 100 (*Liman*); în 4 la 100 (*Brouardel*). Absenţa parţială, adică numai la unul din femure, a fost observată de noi ca şi de *Hofmann*, *Nobling*, *Haecker* (în 3 cazuri).

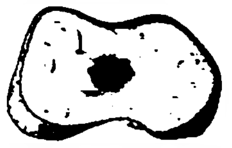


Fig. 49. — **Pruncuciderea.** Mersul osificării la copilul născut la termen sau aproape de termen: *punctul lui Béclard.*

k. **Celelalte puncte de osificare.** — Osificarea propriu zisă, în timpul gestaţiunii, nu se produce decât la corpul oaselor lungi, iar la oasele scurte şi plate nu apar decât puncte de osificare. Ultimele vertebre sacrale se osifică în intervalul dintre ultimele două luni. Abea dela naștere până la 16 ani se formează toate punctele osoase și sutura oaselor divizate pe linia mediana.

1. *Punctele sternale* apar, in partea de sus a osului, între 6 și 7 luni, iar în partea de jos la 8 luni.

2. După Toldt, *punctul cuboidului* apare în ultimele săptămâni ale sarcinii, uneori abea după naștere.

3. Epoca apariției *punctului calcanean* e controversată: *Tardieu și Brouardel* o fixează între a 4-a și a 5-a lună; *Tarnier*, in luna a 6-a; *Toldt*, pe la începutul sau pe la mijlocul lunii a 7-a. Noi, pe baza observațiunilor făcute, o fixam in intervalul dintre a 5-a și a 6-a lună, mai frecvent la finele lunii a 5-a. — Tot *Toldt* indică și următoarele dimensiuni: 4.2 — 7.5 mm. in luna a 8-a; 9.5 mm. în nașterea la termen.

4. *Punctul astragalian*: între a 5-a și a 6-a lună *(Tardieu, Brouardel)*; pela mijlocul lunii a 7-a *(Toldt, Tarnier)*. După noi, între a 5-a și a 6-a lună. — Dimensiunile lui: 2—5 mm., in luna a 8-a: 6.5—9 mm., la maturitatea fătului *(Toldt)*.

l. **Dimensiunile oaselor.** — *Gunz* dă următoarele medii în milimetri pentru dimensiunile oaselor fătului matur:

frontalul: înălțimea 56, lățimea 45; *parietalul*: diametrul diagonal 76, *clavicula* 36; *omoplatul* (lungimea) 32; *humerus* 75; *cubitus* 70; *radius* 66; *femurul* 87; *rotula*: lungimea 18, lățimea 16; *tibia* 79; *peroneul* 77.

m. **Organele genitale.** — La *băiatul matur* testiculele, dacă nu sunt complect alunecate în scrotumul total încrețit, cel puțin au trecut dincolo de inel. Date fiind însă cazurile de cryptorchidie și de monorchidie, precum și cauzele de întârziere morbidă a alunecării din canalul inguinal, semnul acesta al migrațiunii testiculare, după cum recomandă *Morache*, nu oferă o garanție de interpretare neeronată. Greutatea testiculului e de aproape 1 gr.

La *fată*: buzele mari sunt lipite, nelăsând să se vadă buzele mici și clitorisul; uterul e puțin desvoltat, cu trompele mai mult sau mai puțin ondulate și ovarele încă lunguețe și situate la nivelul strâmtorii superioare; canalul lui Nuck e închis. Vesicula lui Graaf apare abea după naștere. Greutatea ovarului e de 1 gr.

n. **Glanda tiroidă:** greutate variabilă (2; 2.5; 4; 6.5 gr.).

o. **Thymusul** se găsește dinapoia sternului și-l depășește până la 3-lea spațiu intercostal sau chiar mai jos, acoperind parțial inima, crosa aortei și atingând hilul plămânilor. El are o greutate de 11—13 gr.

p. **Inima:** 22—24 gr. — Cantitatea *sângelui* (mai bogat în hemoglobină ca acela al unui sugaciu de 4—5 săptămâni) depinde de momentul legării cordonului și variază între 180 și 280 gr.

q. **Plămânii** copilului care încă n'a respirat sunt mici, tari, de un roșu-închis: greutatea 60—65 gr. (plămânul drept cu vreo 3 gr. mai greu decât cel stâng).

r. **Ficatul:** 91—150 gr. — *Vesica biliară* (plină cu bilă) are forma cilindrică (lungime de 3 cm.). Produce glicogen.

s. **Pancreasul** (foarte vascularizat): 2—3 gr.

t. **Splina:** 10,6 gr.

u. **Tubul digestiv.** 1. *Esofagul* (mai lung ca la adult): 10—12 cm. — 2. *Stomacul*: mic, cu fundul puțin desvoltat și axa aproape verticală; cutele mucoasei insuficient pronunțate; capacitatea de 35 cc.; sucul gastric clar cu reacțiune acidă. — 3. *Intestinele*: 3—4 m. Intestinul subțire, în raport cu intestinul gros, e mai lung ca la adult. Valvula ileo-coecală e foarte desvoltată. Vilozitățile sunt mici, dar mai numeroase ca mai târziu — 4. *Meconiumul*, care se formează progresiv în timpul vieţii intra-uterine, e alunecat în intestinul gros.

v. **Rinichii** (cu lobulaţia accentuată): 15—20 gr. — *Capsulele supra-renale* (cu diametrii de 20 şi 9 mm.) au o greutate de 4—5 gr.

Deoarece pedeoparte se pot nota abateri dela indicaţiunile de mai sus, iar pe de alta sunt posibile erori de calcul în ce priveşte durata sarcinii, se recomandă întotdeauna expertului întrebuinţarea formulei: *„copilul născut la termen sau aproape de termen"*.

z. **Placenta.** — In naşterea la termen e în genere rotundă sau eliptică, dar poate avea şi alte forme: aceea a unei fasole sau a unei inimi. Diametrii sunt de 18 şi 20 cm.; circonferinţa 60- 65 cm.; grosimea de 1 cm., iar greutatea, în genere cât a 7-a parte din greutatea totală a corpului, e de 450—600 gr.

Greutatea şi dimensiunile comparative după *tabela* lui Weisz:

	Greutatea	*Diametrul*
la sfârşitul lunii a 6-a	258,5 gr.	11,30—12,50 cm.
„ „ „ „ 7-a	309 „	13,80—14,50 „
„ „ „ „ 8-a	485 „	15,30—17,75 „
„ „ „ „ 9-a	536,8 „	16,40—19,05 „
„ „ „ „ 10-a	594,7 „	16,55 - 19,50 „

In caz de sifilis placenta e hipertrofiată.

Trebuie să observăm că greutatea placentei nu e un criteriu absolut sigur, pentrucă extrem de rar expertul are posibilitatea de a examina placenta proaspătă; în intervalul variabil dintre expulsiune şi examinare, greutatea scade prin evaporare şi scurgere, — deci o cauză de eroare în determinarea vârstei.

Pe marginea placentei se observă uneori o dungă concentrică albă (lată de 0,5—2 cm.), continuă sau întreruptă.

Uneori, pe suprafaţa fetală a placentei, se observă tumori solide, acoperite de membrana amniotică: angiomi cari seamănă cu angiomii lobulaţi sau cu cavernomul.

2. Copilul aproape de termen (9 luni lunare)

a. **Pielea:** puful începe să dispară: existenţa unei căptuşeli de grăsime, ceeace are de efect dispariţia cutelor. — *Pielea capului* e acoperită cu un păr abundent, lung de 1—1,5 cm.

b. **Unghiile,** cornoase, ajung până la buricele degetelor.

c. **Capul.** — Dimensiunile nu prea diferă de acelea ale copilului la termen.

d. **Nasul şi urechile:** încep să se formeze cartilajele.

e. **Organele genitale:** scrotumul e încreţit; testiculele (dacă nu există o cauză de impiedicare) se găsesc deacum în burse.

f. **Punctul lui Béclard:** 2—3 mm. diametru.

g. **Glanda tiroidă:** 1,20 gr.

h. **Thymusul:** 14,2 gr. (la 8 luni şi jumătate cântăreşte numai 8,4 gr.)

i. **Ficatul:** 111 gr. (la 8 luni şi jumătate 89 gr.).

j. **Splina:** 3.1 gr. (la 8 luni şi jum. 4,1 gr.).
k. **Pancreasul:** 2 gr. (la 8 luni şi jum. 1.6 gr.).
l. **Rinichii:** 8 gr. — *Capsulele supra-renale:* 3—3.5 gr.

3. Copilul de 8 luni lunare

a. **Pielea:** începe să se formeze stratul de grăsime. — *Pielea capului:* păr rar, subţire, lung de 0.5—0,7 cm.

b. **Capul:** dimensiunile aproape egale cu acele ale copilului matur.

c) **Punctul lui Béclard:** numai excepţional se poate nota.

d. **Epifisele** oaselor lungi sunt tot cartilaginoase iar desvoltarea osificării se observă la *diafisă.*

e. **Organele genitale** — *Scrotumul* începe să se'ncreţească. *testiculele* sunt încă reţinute în canalul inguinal.

f. **Glanda tiroidă:** 1.96 gr.

g. **Thymusul:** 12 gr.

4. Copilul de 7 luni lunare

a. **Pielea** acoperită cu puf. — *Pielea feţei* e increţită. — Pe *pielea capului* păr rar şi foarte scurt.

b. **Organele genitale:** la *băiat*, scrotumul e neted: la *fată*, în canalul cervical al uterului apar primele glande, iar la nivelul istmului trompei mucoasa e cutată.

5. Copilul de 6 luni lunare (168 zile)

Şi o atare vârstă e compatibilă cu viaţa *(vezi exemplele dela „Naşterea precoce“. vol. II).* Pruncul poate respira *(Tourdes* notează respiraţia de o zi la un plămân de numai 25 gr.); poate mişca extremităţile. Osificarea basinului e avansată, dar mai există zone cartilaginoase în acetabulum şi la osul pubian. *(Pentru celelalte particularităţi vezi: „Diagnosticul avortului“, vol. II)*

⁂

De regulă la toate vârstele, lungimea cordonului ombilical, care se desvoltă în spirală, e aproape egală cu lungimea corpului. La copilul matur cordonul e lung de 50—54 cm. şi gros de 1—2 cm. Dar, precum am văzut la cap. „Naşterea“ cordonul poate avea şi o lungime exagerată. Aşa: *Curchill* a notat cordoane de 1 m., *Baudelocque* de 1,25 m., *Brindeau* de 1,40 m., *Neugebauer* de 1.80 m., *Schneider* de 3 m. Noi, însă, rar am văzut ca un cordon să depăşească 1 m. — Deobiceiu foarte subţire, cordonul exagerat are tendinţa la formare de noduri şi anse circulare. Acestea din urmă, notate în 16%—25% din naşteri (în 95% din cazuri în jurul gâtului; apoi, în ordinea frecvenţei, în jurul trunchiului, al membrelor şi al capului — *Chantreuil. Winckel),* sunt sau simple sau multiple *(Schickele* a notat 6 circulare suprapuse la nivelul gâtului copilului născut viu şi al cărui cordon avea o lungime de 1,40 m. S'a notat şi un caz de 10 circulare). — Circularele din jurul trunchiului şi al extremităţilor se observă numai excepţional.

Elasticitatea şi soliditatea cordonului sunt foarte mari: el suportă o greutate de 5—6 kgr. şi chiar mai mult.

Inserţia cordonului pe placentă e de obiceiu centrală; excepţional se vede pe margine sau în apropierea acesteia — *inserţia în rachetă.*

⁂

Dimensiunile oaselor (mediile de diferenţiare indicate de *Casper*):

	5 *luni*	6 *luni*	7 *luni*	8 *luni*
humerus	26-30 mm.	32 mm.	40-45 mm.	46-48 mm.
radius	24 „	30 „	34 „	36-38 „
cubitus	26 „	34 „	36 „	44-45 „
femurul	24 „	34 „	38-40 „	48 „
tibia	24 „	34 „	38-40 „	42-45 „
peroneul	24 „	34 „	38-40 „	42-45 „

B. Dovada vieţii copilului

Odată stabilită vârsta copilului — deci şi posibilitatea pentru el de a se fi născut viu — trebuie să facem şi dovada vieţii extra-uterine. Căci, precum am văzut la capitolul „Naşterea", sunt atâtea cauze fireşti cari suprimă viaţa pruncului:

1. *In uter* (asfixia intra-uterină).

2. *In cursul trecerii sale prin căile genitale şi chiar în faza terminală a expulzării* (comprimarea capului, hemoragia ombilicală, hemoragia placentară).

3. Sunt deasemenea *cauze naturale sau accidentale cari curmă viaţa copilului imediat după naştere: a)* o boală preexisentă; *b)* fracturi ale craniului din timpul vieţii intra-uterine; *c)* vicii de conformaţie; *d)* leziuni suferite în timpul naşterii; *e)* leziuni suferite după naştere; *f)* asfixia accidentală; *g)* ruperea cordonului; *h)* expulzarea simultană a fătului şi a anexelor, *i)* expulzarea în bloc a oului; *j)* locul căderii.

4. *Există şi posibilitatea de a se lua o moarte aparentă drept una reală.*

5. Sunt apoi *pseudo-semne de viaţă,* fie relevate de persoanele asistente la facere (ţipătul intra-uterin, mişcările imprimate de mecanismul parturiţiei), fie că aceste semne sunt expresia unei interpretări greşite a rezultatului necropsiei şi al diverselor docimazii (respiraţia intra-uterină, respiraţia fără viaţă).

6. Insfârşit, nu trebuie uitat că dacă semnele de violenţă notate pe cadavru sunt o indicaţiune de pruncucidere, *sunt şi atari semne cari pot fi ori de natură congenitală, ori de origine accidentală.*

⁂

Să trecem acum la examinarea valorii diagnosticale a fiecăruia din semnele vieţii:

1. Ţipătul

Indicaţiunea aceasta anamnezică e, fireşte, un semn mai mult sau mai puţin pozitiv al vieţii, dacă în prealabil s'a verificat stabilirea respiraţiei extra-uterine (după primele inspiraţiuni, copilul începe să ţipe). Dar după cum anturajul poate lua drept ţipăt adevărat pseudo-ţipătul (efectul trecerii aerului prin glotă, fără însă a ajunge la plămân) sau ţipătul intra-uterin, tot aşa ţipătul adevărat poate să lipsească, prin ocluziunea gurii în chiar momentul apariţiei capului în vulvă. (Vezi şi mai departe: moartea copilului după expulzare).

2. Petele de meconium şi de urină

După primele inspiraţiuni, copilul începe să urineze şi să elimine meconium.

3. Bosa sanguină

De regulă aceasta dispare în şase zile şi, numai atunci când cantitatea de sânge extravazat e prea mare, resorbţiunea totală întârzie.

Bosa sanguină e greşit interpretată drept un semn de netăgăduit al vieţii. In adevăr, *Ziemke* şi *Holzapfel*, combătând teoria lui *Orth* că fără instalarea circulaţiei sanguine bosa nu se poate constitui, au dovedit pe cale experimentală formarea unui hematom absolut asemănător cu bosa naşterii şi la un copil mort (chiar la un făt în stare de maceraţie). De altă parte, bosa poate lipsi în facerea fulgerătoare, mai ales când conformaţia basinului nu opune capului cea mai mică rezistenţă.

4. Capul.

Prezenţa unor hemoragii mai mari în şi sub pielea capului, a unor revărsări sanguine epidurale şi subdurale sau chiar în creer e un semn al vieţii.

a) *Docimazia otică (vezi vol. I, pag. 497—498)* contribue la dovada vieţii.

b) *Eventualele încălecări ale oaselor craniului* pe deoparte, *prezenţa unor leziuni naturale sau a unor defecte de osificare* pe de alta, nu sunt incompatibile cu viaţa.

5. Gâtul

Sufuziunile sanguine în ţesutul celular subcutanat, în muşchi şi în tecile acestora sunt o indicaţiune a vieţii. — De notat însă că aceste sufuziuni se pot produce şi în timpul expulzării.

6. Ombilicul şi cordonul

a) **O infiltraţie de leucocite** (identificată la microscop) la capătul de inserţie fetală a cordonului e, după *Kockel*, o dovadă a vieţii extra-uterine de cel puţin 1—2 ore. *Ungar* observă însă, cu drept cuvânt, că o atare infiltraţiune, puţin abundentă, se poate nota şi la un născut-mort.

b) **Zona de inflamație.** — La un copil care a trăit câteva ore se formează, pe linia de demarcație dintre ombilic și baza cordonului, o zonă de inflamație cu o umflătură lată de câțiva milimetri. Ombilicul cutanat, aproape necutat, are forma unui cilindru cu o contracțiune circulară la bază. — *A nu se lua drept o atare zonă banda circulară (lată de 2—4 mm.) din jurul inserției cordonului;* această bandă — expresiune a unui proces de descompunere — nu se prezintă ca o umflătură de natură inflamatorie și se poate nota și la copilul mort imediat după naștere sau chiar la unul mort in uter.

c) **Căderea cordonului**, care e un semn al vieții, se recunoaște prin aceea că omfaloda, cu excepția unei mici porțiuni granulate, e cicatrizată în centrul ei. Dacă, dimpotrivă, cordonul a fost smuls dela inserție, atunci (după prealabila muiare a ombilicului) se mai pot identifica zdrențe ale tecii amniotice, aderente de ombilic.

d) **Aspectul și culoarea cordonului.** — Un cordon fraged, plin și de nuanță sidefie e al unui copil mort la câteva minute după naștere. După aceea, cordonul se veștejește și se usucă, pierde complect gelatina, se turtește și capătă înfățișarea unei bande pergamentate, negricioasă sau verzuie, lată de 8—12 mm. și pe care se disting vasele ombilicale. — E de observat însă că, atunci când copilul moare asfixiat în căile genitale, cordonul, prin îmbibarea cu lichidul amniotic și cu meconium, are o culoare verzuie.

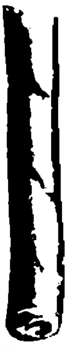


Fig. 50 Pruncuciderea. Aspectul unui fragment de cordon tăiat cu foarfecele.

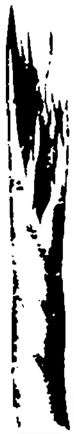


Fig. 51. *Diagnosticul pruncuciderii.* Aspectul unui fragment de cordon rupt prin smulgere.

e) Pe când circularele pot provoca asfixia, **nodurile cordonului** (notate în maximum 4%—5% din nașteri) nu suprimă viața copilului (*Winckel*).

f) După ce se constată dacă e sau nu legat și cum e legat și odată ce s'a notat lungimea, grosimea, aspectul și culoarea cordonului întreg sau numai a porțiunii de cordon rămasă aderentă de ombilic ori de placentă, se examinează capătul liber.

Acest din urmă examen (după ce în prealabil am muiat în apă extremitatea cordonului uscat) permite să se stabilească, dacă ne găsim în prezența unui cordon tăiat (cu un instrument ascuțit, tăetura e netă, cu gurile vaselor aproape la acelaș nivel) sau a unui cordon rupt (suprafața rupturii e inegală, cu gurile vaselor la înălțimi diferite).—Excepțional se poate întâlni o suprafață plană, netedă la o ruptură transversală sau aproape transversală. Aspect parțial de ruptură se poate nota și la tăierea cu un cuțit tocit; iar când acesta e prea tocit și tăierea nu se face dintr'odată, se pot observa două sau mai multe urme de tăiere, în scară.

7. **Obturarea circulației fetale**

Obliterarea vaselor ombilicale, a canalului arterial și a găurei lui Botal, care se produce imediat după stabilirea respirației, e o dovadă a vieții. Cu rezerva însă ca pruncul să fi respirat mai intens, pentrucă obturația nu se instalează brusc, ci cu încetul, iar durata ei variază după copil. — Obliterarea se produce mai repede la artere decât la vena ombilicală și debutează înainte de căderea cordonului.

(De notat că, la copilul de 6 luni, canalul arterial e egal în lungime cu cele două ramuri ale arterei pulmonare).

8. **Coagularea sângelui din eventualele leziuni**

Indicată mai întâiu de *Bardinet* și apoi de *Tardieu*, drept o probă vitală, coagularea e in realitate un semn de o valoare precară, după cum a demonstrat-o *Casper* (sângele se poate coagula și după moarte, după cum se pot nota echimose, hemoragii cu sânge coagulat la un nou-născut).

9. **Plămânii**

a) **Docimaziile pulmonare** (vezi: *vol. I, pag. 499—506)* n'au o valoare concludentă, nici în cazul unui plămân aerat nici în acela al unui plămân neaerat (viața fără respirație — *vol. I, pag. 504—505;* dispariția aerului din plămân — *vol. I, pag. 503—504).*

I. Docimaziile pulmonare sunt negative și totuș copilul a trăit, fiind omorât — prin introducerea unui deget prin gură in gât — inainte de a fi apucat să respire — *Sorel*, 1927. — II. Docimaziile sunt negative; copilul, însă, a fost strangulat cu un fular la apariția capului pe vulvă — *Etienne Martin*. — 3. Un debil apneic prezintă semne neîndoelnice de moarte violentă — *Sorel*, 1928. — 4. Alte observații de viață apneică înregistrate de *Macaggi* — 1927.

b) O indicație de oarecare preț e **starea de destindere a bronchiolilor** — care, la examenul histologic, se poate constata și până la un oarecare grad de putrefacție. Acest semn a fost pentru intâiaș dată identificat de *Nippe*, in 1913.

c) O altă indicație, de o incontestabilă valoare diagnosticală, e **identificarea în căile aeriene a corpilor streini din mediul în care s'a aflat copilul.**

d) Prezența unei **hemoragii pulmonare** nu trebue neapărat interpretată ca o dovadă a morții violente. In 30 autopsii de copii la termen, *Walcher* (1926) a găsit hemoragii în țesutul conjunctiv al spațiilor interlobulare, interalveolare precum și in alveole. Hemoragiile din spațiile interlobulare se continuă uneori, sub forme de dâre, până la pleură, unde fac să se creadă in existența unor echimose. Hemoragiile alveolare se explică prin încetinirea progresivă a funcționării aparatului circulator.

10. **Diafragma**

La copilul care a respirat diafragma se găsește apăsată în jos, pe când la acela care n'a respirat, o găsim împinsă în sus. De aceea e bine ca, la examinarea unui cadavru proaspăt, să deschidem întâiu cavitatea abdominală, spre a nota nivelul la care se află diafragma.

La cadavrul putrefiat semnul acesta nu are valoarea lui absolută, pentrucă boltirea diafragmei, cu convexitatea în jos, poate fi datorită și presiunii exercitate de gazele putrefacției.

11. **Ficatul**

Ruptura acestui organ (cazuri de pruncucidere îndeosebi studiate de *Pincus, Bittner, Lindner)* se explică prin compresiunea abdomenului cu o mână, în timp ce femeea, cu cealaltă, smulge cordonul. Dar strivirea ficatului poate fi și accidentală: în căderea copilului dela înălțime, cum ar fi în facerea precipitată *(Hedren, Liebermann)*. Se face docimazia hepatică, pentru determinarea cantității de glicogen.

12. **Tubul digestiv**

a) Un incontestabil semn de viață ar fi **prezența de elemente alimentare în tubul digestiv**. Examenul acestui conținut trebue făcut cu o deosebită atenție, spre a nu se confunda cu particule alimentare flocoanele de vernix caseosa pe cari fătul le înghite odată cu lichidul amniotic. In stomac, aceste flocoane se găsesc amestecate cu părți de mucus vâscos și incolor care, la noul-născut, e aderent de mucoasa organului. — Deasemenea, poate fi luat drept fecale lactate meconium-ul brun bătând în galben care se găsește în treimea sau chiar în jumătatea superioară a intestinului gros. — Nici absența complectă a meconium-ului (a cărui eliminare începe în cursul facerii și durează 6—12 ore dela naștere, dar din care se mai pot găsi urme în primele 3—7 zile ale vieții extrauterine — *vezi vol. I, pag. 598)* nu constitue o dovadă absolută de viață, pentrucă, în asfixia în timpul nașterii, intestinul se golește de meconium.

Dacă eliminarea meconiumului n'a început — și aceasta se dovedește prin prezența, la extremitatea anală a rectului, a dopului descris de *Cramer* (un strat gros de mucus albicios ori galben) — atunci e o dovadă de absență a vieții.

b) Al doilea semn de viață e **starea de aerare a tubului digestiv** (vezi: *docimazia gastro-intestinală*, vol. I, pag. 306—307). Dar proba aceasta poate da loc la o interpretare eronată, atunci când: 1) respirația a fost împiedecată; 2) a existat o insuflare artificială de aer; 3) la copilul născut-mort s'au desvoltat gaze de putrefacție.

I. Respirația a fost impiedicată, fie prin obliterarea cu mucus fetal, fie din cauza unei atelectazii pulmonare secundare, și atunci — fenomen pentru întâia oară observat de *Hofmann* — aerul e aspirat de esofag, iar de aci pătrunde mai departe in stomac și în intestinul subțire. — Dar se mai poate intâmpla ca respirația să se fi stabilit și aerul să se elimine numai din plămân, persistând în stomac și în intestin. Această particularitate e notată mai ales in cazurile în cari copilul sucombă după primele respirații.

II. In caz de insuflare de aer sau de desvoltare de gaze ale putrefacției găsim aer în tubul digestiv, dar de vreme ce suntem informați asupra provenienței lui, excludem posibilitatea vieții. - Bule gazoase se pot observa și in mucusul stomacal după instalarea putrefacției.

c) **Absența aerului în stomac**, la un copil bine conformat și cu orificiile căilor aeriene libere, e o dovadă că pruncul n'a trăit nici măcar câteva minute. — Cu atât mai vârtos se impune concluzia negativă, când se constată că plămânul nu e aerat.

d) **Prezența salivei în stomac (docimazia sialică)**, indicată de *Macaggi* și de *Diniz* (1928) ca mijloc de verificare a vieții extra-uterine. *Diniz* îndeosebi, pe baza unor repetate examene ale conținutului stomacal al nouilor-născuți, a demonstrat ca, *în stomacul copilului care a trăit, se identifică întotdeauna prezența salivei* (care constant lipsește la cel născut mort). După noi, acest semn e îndoelnic.

13. Hemoragiile capsulelor supra-renale

Ele pot fi interpretate ca o dovadă a vieții (*Magnus, Doerner*).

* * *

Numai când există concordanță între principipalele semne de viață, expertul va conchide în chip afirmativ. In caz de îndoială, date fiind cauzele de eroare și uneori imposibilitatea materială de a identifica aceste semne, concluzia expertizei va fi: copilul a putut să se nască viu, dar e și cu putință să se fi născut mort sau să fi murit înainte de stabilirea funcțiunilor vitale extra-uterine.

C. Durata vieții extra-uterine

Chestiunea are un dublu interes. Unul pentru justiție: calificarea crimei care, de îndată ce nu mai e vorba de un copil „de curând născut" (au trecut peste trei zile, termenul de declarare a nașterii la ofițerul stării civile), nu mai e considerată pruncucidere ci asasinat ordinar. In al doilea rând, determinarea duratei vieții interesează pe medicul expert, pentru eventualitatea că apărarea ar invoca scuza psichozei puerperale cari, la o femee dealtfel normală n'ar ține mai mult de câteva ore (*Willer*). (Vezi: „*Turburările mintale tranzitorii ale parturientelor*", vol. II).

Intrucâtva constant verificate sunt următoarele semne indicate de *Tardieu* şi de *Devergie:*

I. Tabloul lui Tardieu

1. **Dela câteva minute la câteva ore:** *a)* stomacul plin cu un lichid mucos; *b)* formarea de cheaguri in vasele cordonului ombilical.

2. **După trecerea de 6 ore:** obliterarea artelor ombilicale

3. **După 1 zi:** inceputul procesului fiziologic de desprindere a cordonului.

4. **După 4 zile:** căderea cordonului.

5. **După trecere de 6 10 zile:** obliterarea complectă a căilor fetale.

6. **După mai mult de 10 zile:** diametrul punctului lui Béclard mai mare ca 5—6 mm.

II. Tabloul lui Devergie

1. **După 1 zi.** — a) *Căile fetale: toate libere.* — b) *Cordonul,* intim aderent de inel prin membrană, începe să se veştejească. — c) *Meconiumul* prezent sau absent in intestinul gros.

2. **După 2 zile.** — a) *Căile fetale:* tot libere, dar se notează strâmtarea, pe o porţiune variabilă, a arterelor ombilicale. — b) *Cordonul* complect veştejit. — c) *Meconiumul* absent.

3. **După 3 zile.** — a) *Căile fetale:* vena ombilicală şi canalul venos sunt incă deschise; arterele ombilicale, in majoritatea cazurilor, sunt obliterate. In schimb canalul arterial numai esceptional se găseşte obliterat; gaura lui Botal numai excepţional deacum inchisă. — b) *Cordonul:* in curs de desicare.

4. **După 4 zile.** — a) *Căile fetale:* canalul arterial în curs de obliterare sau, excepţional, deacum obliterat; arterele omblicale obliterate: canalul venos şi vena ombilicală considerabil strâmtate. — b) *Cordonul* incepe să se desprindă.

5. **După 5 zile.** — a) *Căile fetale:* arterele, canalul venos şi vena (cu rari excepţiuni) complect obliterate: canalul arterial, in aproape jumătatea cazurilor, e incă deschis; gaura lui Botal deschisă sau inchisă (in jumătatea cazurilor). — b) *Cordonul* de regulă căzut. — c) *Epiderma incepe* să se dequameze.

6. **După 8 zile.** — a) *Căile fetale:* vasele ombilicale inchise; gaura lui Botal in general inchisă, canalul arterial inchis in jumătatea cazurilor. — b) *Cordonul,* fără nici o excepţie, total căzut. — c) *Ombilicul:* inceperea cicatrizării.

7. **In a 9-a şi a 10-a zi.** — a) *Ombilicul* aproape cicatrizat: se intâmplă insă ca, din cauza neobliterării complecte a vaselor, o scurgere mucoasă să persiste uneori până la a 25-a zi, şi astfel desăvârşirea cicatrizării să fie intârziată. — b) *Epiderma* crapă la mamele, trunchiu, abdomen şi la plicele articulare.

8. **In a 25-a şi a 26-a zi.** — Desquamarea totală a epidermei.

9. **In intervalul dela a 30-a la a 35-a zi.** — Căderea totală a epidermei, cu excepţia celei depe mâni şi picioare, care nu se produce decât in a 40-a zi.

Aceste tablouri schematice neputând servi decât cel mult cu titlu de orientare pentru o apreciere superficială, concluziile expertizei medico-legale nu se pot bizui decât pe descripţia amănunţită a unei autopsii complecte:

1. Talia

(Vezi mai sus: „Putut-a copilul să se nască viu?", vol. II). — Ca una ce nu e decât foarte puţin influenţată de putrefacţie, talia e cel mai constant semn al vârstei, afară bine inţeles dacă n'a existat o cauză congenitală de oprire a desvoltării.

2. Greutatea

(Vezi mai sus, în acelaş loc precum şi indicaţiunile dela cap. „Naşterea" vol. II şi cap. „Tăgada paternităţii şi a maternităţii", vol. II). La determinarea vârstei după greutate, e în primul loc de observat că nu e o condiţiune absolută existenţa unui raport direct între cifra ponderală şi aceea a taliei, de oarece greutatea e mai mult în funcţiune de mărimea capului şi de grosimea trupului. In al doilea loc, se ţine seama şi de scăderea post-mortală, pentru care *Ipsen* a stabilit următoarea scară (cifre medii): 20.7 gr. pe zi la copilul la termen sau aproape de termen; 34.7 gr. pe zi la copilul de 7 luni; 48 gr. pe zi la copilul de 6 luni. In starea de putrefacţie înaintată ori de maceraţie, coeficientul de pierdere e mai mare.

3. Stratul de vernix caseoasa

Intins pe tot trupul sau formând numai pete mai mari pe cap, după ureche, în cutele gâtului, la vintre, pe spate, stratul acesta nu e o dovadă că ne aflăm în prezenţa unui copil abea născut, pentrucă materia aceasta poate persista timp de câteva zile, atunci când copilul n'a fost îmbăiat, ba să subsiste insule şi după bae. Pentru fragilitatea acestui semn mai e de observat, că de multe ori copilul se naşte fără stratul de sebum (17% din cazuri — *Jacquet-Rondeau)*. (Pentru examenul microscopic al materiei sebacee, vezi vol. I pag. 396).

4. Petele de sânge depe trupul copilului

Nici ele nu constitue o dovadă de moartea copilului imediat după naştere: ca şi pentru vernix caseosa, observăm că ele pot subsista vreme de câteva zile, dacă pruncul n'a fost scăldat. Petele de sânge se pot găsi la copii de câteva zile în caz de hemoragie ombilicală.

5. Petele de meconium pe corpul copilului

Nici acestea nu au o valoare diagnosticală certă: pe deoparte, pentrucă ele pot lipsi cu totul; pe dealta, pentrucă, după cum observă şi *Ungar*, ele se pot produce abea după câteva zile dela naştere, ori chiar după moartea copilului.

6. Bosa sanguină

Absenţa ei, am văzut, se poate nota în anumite condiţiuni ale facerilor precipitate; numai gradul ei de resorbţiune, atunci când mai subsistă, poate servi ca o indicaţiune pentru determinarea aproximativă a vârstei extra-uterine.

7. Desquamarea pielei

Se produce în două feluri: *a)* epiderma întâiu crapă şi apoi se desfac lame sau solzi neregulaţi şi de diverse dimensiuni; *b)* exfoliarea insensibilă sub formă de pulbere.

Mai tardivă la copilul prematur, desquamarea nu începe însă niciodată imediat după naștere, ci cel mai de vreme după o zi.

Acest proces, al cărui maximum de activitate se notează între a 3-a și a 5-a zi de viață extra-uterină, durează de regulă timp de 10, 15, 20 zile, excepțional 30, 40 și chiar 60 zile. (*Depaul* a observat câteva cazuri curioase de desquamare instalată deacum la copilul abea expulzat).

Prima regiune atacată e abdomenul, apoi vine rândul bazei pieptului, al subsiorilor, al vintrelor și în urmă abea al celorlalte zone ale corpului.

Toate aceste indicațiuni servesc la fixarea cu aproximație a vârstei copilului.

8. **Cordonul ombilical**

a) **Impermeabilitatea arterelor ombilicale** e o dovadă de viață după naștere, dar numai această particularitate nu îngădue precizarea vârstei cu o mai mare aproximație. Ceeace e cert, e că procesul de obliterare se produce înainte de căderea cordonului.

b) **Inserțiunea ombilicală.** — Am văzut (observația lui *Kockel)* că, după o viață de 1—2 ore, se instalează, la marginea cutanată a cordonului, o *infiltrație leucocitară.* Dacă o găsim progresată spre axă, aceasta e semnul unei vieți de 1 zi. — *Zona de inflamație* (pe care deasemenea am indicat-o mai sus: „Dovada vieții copilului"): între cordon și piele apare un șanț circular umplut cu lichid sero-purulent; șanțul se adâncește progresiv și sfârșește prin a separa cordonul de țesuturile adjacente; tunica ombilicală se erodează, se rup mai întâiu arterele, apoi vena ombilicală, până se produce separarea cordonului de locul de inserție. — *In ziua doua,* inflamația e accentuată, iar marginea rotunjită pătrunde în cuta cutanată. — *In ziua a treia,* procesul acesta flegmasic e și mai pronunțat. (*Hofmann* și noi, cari am observat multe separări de cordon fără intervenția flegmasiei, nu considerăm, firește, acest semn ca unul constant).

c) **Aspectul și consistența cordonului** nu constitue, sub raportul duratei vieții extra-uterine, un semn de o deosebită valoare diagnosticală, dat fiind că modificările consecutive procesului de disecare se pot nota nu numai la copilul născut viu, ci și la unul născut mort. Singura deosebire e că, atunci când condițiunile atmosferice nu sunt favorabile uscării, cordonul ori putrezește în întregime, ori prezintă, pe lângă segmente de putrefacție, și zone de disecare.

Un cordon moale, plin, bogat în suc, de nuanță albăstrue sau sidefie e acela al unui *copil mort cel mult de o zi.* — *In a doua zi delà moarte,* cordonul începe să se întărească, se'ncrețește, iar colorația e turbure. Cadavrul fiind expus la aer, procesul de mumificare se desăvârșește mult mai repede, în 24 ore. In genere, desicarea nu ține decât maximum 3 zile, numai excepțional 5, iar cordonul capătă aspectul bandei pergamentate (descrisă mai sus: „Dovada vieții copilului“).

d) **Căderea cordonului** (care e în funcțiune de procesul de separare dela inserție, mai sus expus) nu se produce la o dată fixă la toți copiii: la unii după 3 sau 4 zile, la alții în ziua a 6-a, iar la copilul debil poate întârzia până la 10 zile *(Parrot)*; pot trece și 15 zile, însă aceasta numai excepțional, atunci când cordonul e extrem de voluminos *(Tarnier)*. Termenul căderii depinde și de felul tăerii și al legării. In genere, însă, **un cordon căzut indică o viață extra-uterină de cel puțin 3 zile.** — Cât despre cicatrizarea locului de inserție ombilicală, aceasta se desăvârșește în 8—15 zile, după grosimea cordonului.

La examenul acestei cicatrice trebuie evitată confuzia între aspectul ei în urma căderii spontane și aspectul în urma smulgerii cordonului dela inserție. Riscul unei atari confuzii nu există la un cadavru fraged: cordonul fiind smuls, rana mai e sângerândă, iar de ombilic rămân aderente lambouri din teacă și fragmente mici de vase funiculare. Cadavrul fiind însă putrefiat, se examinează resturile de vase ombilicale: retractate, impermeabile, trombozate în caz de cădere spontană, ele sunt din contră deschise, atunci când cordonul a fost smuls.

9. **Aparatul circulator**

a) **Inima.** — Pe când la naștere pereții celor două ventricule sunt deopotrivă de groși, la copilul care a trăit câteva zile se notează o subțiere a pereților ventriculului drept mult dilatat, pe când pereții ventriculului stâng sunt numai imperceptibil modificați.

b) **Gaura lui Botal închisă** e o indicație de viață de cel puțin o săptămână.

c) **Căile fetale:** arterele ombilicale încep să se strâmteze după două zile, iar după patru zile sunt deacum obliterate; canalul arterial începe să se oblitereze în ziua a 4-a, iar în ziua a 6-a ori a 7-a e de acum impermeabil; canalul venos și vena ombilicală, strâmtate după 4 zile, sunt complect obliterate în ziua a 5-a.

10. **Conținutul stomacului și al intestinelor**

a) **Identificarea materiilor alimentare** e o dovadă de viață de cel puțin o zi după naștere.

b) **Intestinul golit de meconium** e, în genere, o dovadă de viață extra-uterină de cel puțin 2—4 zile. Dar, precum am arătat (vezi „Dovada vieții“, vol. II), intestinul se poate goli de meconium chiar înainte de naștere (îndeosebi în facerile laborioase și în asfixie), cu restricția numai că, în escavațiunile intestinului gros, mai rămân resturi a căror evacuare poate necesita 2—5 zile, uneori mai mult (16 zile — observația lui *Cramer)*.

Prezența coloanei de meconium in intreg intestinul gros e o dovadă de moarte imediat după naștere, cu excepția pentru copilul prematur și debil care o poate păstra 1—3 zile.

Haberda a observat că, imediat după naștere, meconiumul e liber de bacterii, cari apar abea după 37 ore, localizate în rect. Se poate face însă o confuzie cu bacteriile de putrefacție cari pătrund in rect prin anus.

11. Plămânii.

a) **Docimazia pulmonară** e în genere inoperantă, pentrucă unui copil viguros îi ajung câteva aspirații sau chiar numai una singură, pentru a-și aera plămânul. Numai atunci când găsim părți aerate și părți neaerate, iar acestea din urmă prevalează ca intindere, putem deduce că viața a fost de scurtă durată. Dar nici această deducție nu corespunde intotdeauna mecanismului vieții, pentrucă, dată fiind necesitatea redusă de oxigen pentru noul-născut, acesta poate trăi și cu atelectazii parțiale de o durată dela câteva ore la câteva zile și, excepțional, de câteva săptămâni, atunci când atelectaziile parțiale se produc ulterior unei respirații continue.

b) **Atelectazia totală.** Un plămân, inițial aerat se poate goli de aer, nu insă complect, după un timp variabil: *15 ore* (observațiile lui *Debersaques)*, *14 ore* (observațiile lui *Orfila*, *Bardinet*, *Taylor*, *Zeller*, *Heister*, *Torres*, *Loder*, *Schmidt*, *Schröder*, *Koeber)*; *30 ore (Schmoll)* — Fenomentul acesta e divers explicat: 1) la fiece ritm respirator, copilul a expirat aer în mai mare cantitate de cât a aspirat: 2) sângele din vasele pulmonare absoarbe aerul din plămâni; 3) debilitatea copilului prematur.

c) **Aspectul alveolelor** e cea mai serioasă indicație pentru durata vieții: in primele zile ale vieții extra-uterine, alveolele pulmonare nu sunt bine destinse.

12. Docimazia gastro-intestinală

Sub raportul determinării duratei vieții extra-uterine proba aceasta își are competința limitată la o funcțiune vitală de cel mult 12 ore (legea lui *Breslau:* 1. prezența aerului numai in stomac — *moartea imediat după naștere;* 2. stomacul și intestinul pe jumătate aerate — *copilul a trăit cel puțin câteva minute* — după *Harbitz chiar* 15—30 minute; 3. intestinul aerat dincolo de colon — o viață de cel puțin 12 ore).

a) **In viața fără respirație** — atunci când căile respiratorii sunt obstruate — aerul deși n'a putut ajunge în plămân, poate, prin nas și gură, să pătrundă in tubul digestiv. Fenomenul acesta se observă şi la copiii debili a căror funcţiune respiratorie e paralizată. — Să se noteze însă că prezenţa aerului în stomac şi intestin poate fi datorită fie insuflării artificiale fie gazelor putrefacţiei.

b) **Un tub digestiv neaerat** — deşi gura şi nasul nu sunt astupate — exclude viaţa după naştere.

13. Scheletul

a) **Lungimea totală** nu diferă, în primele zile de viaţă, de aceea a copilului în momentul naşterii. Deci nici o indicaţiune, sub acest raport.

b) **Punctele de osificare.** — 1. Eventualele *formaţiuni osoase, la linia de demarcaţie a revărsării din bosa sanguină între periost şi oasele craniului,* indică o viaţă de cel puţin câteva zile.

2. *Punctul lui Béclard:* un diametru de 7 mm. e o dovadă de viaţă după naştere; indicaţia lui *Ollivier* (diametrul mare 6 mm. iar diametrul mic 5 mm.), pentru epoca dela a 13-a la a 20-a zi, nu e verificată.

3. *Punctul de osificare în epifisa humerusului* indică o viaţă de 8—12 săptămâni, dar se poate găsi şi în momentul naşterii.

D. Epoca morţii

1. In moartea recentă

a) **Starea cordonului**, dacă se mai găseşte (total sau parţial), şi *starea locului de inserţiune ombilicală.*

b) **Rigiditatea cadaverică** nu are valoare diagnosticală: 1) la noul-născut rigiditatea dispare mai repede decât la un copil mai în vârstă; 2) există şi o rigiditate cadaverică intra-uterină la feţi mai tineri.

2. **In moartea mai vechie**

Ne servim de indicaţiunile trase din fenomenele cadaverice şi gradul de putrefacţie (vezi mai departe: „Moartea“, vol. II).

In ce priveşte putrefacţia, de reţinut lipsa de temeinicie a tezei după care pedeoparte cadavrul unui copil care n'a respirat ar rezista mai mult procesului de descompunere, iar pe dealta accelerarea acestui proces la un nou-născut, în raport cu mersul putrefacţiei la adult.

2. Cauza morţii copilului

Moartea copilului de curând născut poate fi naturală sau violentă. Şi deoarece nu există crimă de vreme ce lipseşte elementul intenţional, urmează că expertul trebuie să facă demonstraţia probabilităţii unei cauze accidentale, atunci când autopsia, cu toate examenele complimentare, nu-i îngădue să conchidă în chip neîndoios la o moarte cu dinadins provocată.

A. Moartea naturală

Ea poate fi uterină şi extra-uterină (în timpul trecerii prin căile genitale ori după expulzare).

I. In uter

1. Inecarea în lichidul amniotic

Ea se notează în:

Hydramnios: copilul, chiar dacă a ajuns la termen, moare asfixiat, prin stabilirea prematură a respiraţiei independente, care s'a substituit respiraţiei placentare, de vreme ce normal apnea ţine până la ieşirea fătului din uter. (Respiraţiunea placentară nu încetează decât odată cu naşterea).

2. Asfixia intra-uterină

Se produce şi când nu există exces de lichid amniotic, tot prin mecanismul instalării premature a respiraţiei independente: copilul aspiră, prin nas, gură şi laringe, lichidul amniotic şi corpii străini suspendaţi în el, inclusiv marile granulaţiuni pigmentare ale meconiumului (a căror prezenţă se explică prin eliminarea meconiumului sub acţiunea asfixiei intra-uterine); el aspiră deasemenea particule de vernix caseosa, urme de sânge, mucus vaginal şi epiteliu vaginal. Substanţele aspirate, mai ales când cantitatea de meconiu e mare, pot obstrua primele căi aeriene şi ramificaţiunile mai mari ale acestora.

a) **Notaţiunile necropsice ale acestei asfixii:** 1) *prezenţa substanţelor aspirate;* 2) *plămânii, stomacul şi intestinul neaeraţi* (dacă dimpotrivă plămânul şi tubul digestiv sunt aeraţi, e o dovadă că moartea a survenit după naştere, pentrucă prezenţa substanţelor aspirate în uter ar exclude respiraţia ulterioară; 3) *absenţa meconiumului dintr'o bună parte a intestinului gros;* 4) *hemoragia pulmonară;* 5) *echimosele asfixice* pe plămân, thymus, inimă şi uneori pe laringe, tracheea-arteră şi faringe, injectarea conjunctivei, cianozarea feţei; 6) *coloraţia biliară a cordonului.*

b) **Examenul microscopic:** prezenţa în căile aeriene de celule epiteliale pavimentoase strivite din epiderma copilului; prezenţa de celule epiteliale cilindrice ale mucoasei bronchiilor şi de celule epiteliale pavimentoase din vaginul mamei; prezenţa de corpusculi de mucus, de cristali de cholesterină, de corpusculi de meconium, de picături de grăsime, uneori aglomerate, din vernix caseosa; prezenţa de globule roşii. — Cantitatea de glicogen din ficat ne va arăta alura morţii.

c) **Diferenţiarea unei submersiuni intra-uterine de una „post partum":** în căile aeriane ale copilului înecat după naştere, într'un recipient în care se găseşte şi lichid amniotic, se identifică şi prezenţa unor particule de praf şi de cărbune, caracteristice apelor reziduale; plămânul e mai mult sau mai puţin aerat (Comunicarea *Balthazard-Piédelièvre* la Academia de Medicină din Paris, 1920).

Moartea poate fi datorită şi unui proces inflamatoriu în plămân *(Schlemmer)*.

3. **Intreruperea prematură a respiraţiei placentare**

Ea poate avea şi următoarele cauze:

a) *Comprimarea cordonului cu circulare sau în prolaps* (o mortalitate de 33% — *Scanzoni)*.

b) *Desprinderea prematură a placentei.*

c) *Contracţiunile uterului* cari reduc afluxul de sânge oxigenat la placentă.

d) *Moartea mamei:* cazurile inregistrate de *Casper*, care a constatat prezenţa echimozelor pulmonare la un făt de 8 luni (a cărui mamă se spânzurase) şi la unul de 7 luni (a cărui mamă murise după 14 ore dela declararea unui atac apoplectic).

I. **Notaţiunile examenului exterior:** 1) imbibiţiunea biliară a cordonului ombilical de coloraţiune verzue; 2) şanţul dela gât făcut fie prin constricţiunea colului uterin, fie de circulara cordonului ombilical; 3) echimose cutanate.

II. **Notaţiunile examenului interior:** 1) Plămân atelectasic, congestionat, vânăt bătând în negru; — 2) Echimoze punctate pe şi sub pleură, sub pericard, pe thymus, pe mucoase, pe suprafaţa ficatului, a rinichilor şi a capsulelor suprarenale. — 3) Hiperemie cerebrală şi meningee. — 4) Prezenţa apelor amniosului cu elementele lor caracteristice (vernix caseosa, peri, mucus, sânge) şi a meconiumului în fosele nazale, în laringe; uneori (dacă ieşirea laringelui nu e obstruată) şi în trachee, în ramificaţiunile bronchiale, până sub pleură, unde identificăm prezenţa unor focare gălbui (particule solide de vernix caseosa) sau verzui (particule de meconium). Prezenţa acestor corpi străini în căile aeriene (cari însă pot lipsi atunci când orificiile respiratorii sunt în prealabil obstruate) se explică prin aspiraţiunea datorită eforturilor respiratorii ale fătului în perioada asfixică. Apele amniosului se pot identifica şi în stomac, — prezenţă firească, deoarece normal fătul înghite aceste ape. Numai prezenţa meconiului în acest organ e caracteristică asfixiei, pentrucă, normal, meconiul nu se găseşte în apele amniosului.

4. **Infectarea lichidului amniotic cu bacteriile de origine vaginală sau uterină, cari au străbătut membranele oului**

Prin deglutiţie, copilul se infectează şi moare. Deşi extrem de rare, atari cazuri au fost notate de *Gerhatz* (1917).

5. **Sifilisul ereditar poate** provoca moartea copilului în uter.

6. **Moartea spontană a copilului, consecutivă morții mamei**

a) *Cu puține zile înainte de facere, mama sucombă unei hepatite hemoragice.* Copilul, la termen, e scos din oul intact. La *autopsie:* partea anterioară a lobului median și aceea a lobului superior al plămânului drept sunt aerate. Prezența aerului se explică prin pătrunderea lui în plămân, în momentul când s'a făcut incizia membranelor oului *(Meixner* — 1925).

b) *Mama moare subit din cauza unei rupturi uterine spontane,* iar oul trece în cavitatea abdominală. La *autopsie:* plămânii și intestinul aerați. Explicația: șocul produs de ruptura uterină a avut de efect oprirea bruscă a circulației placentare și instalarea de mișcări respiratorii ale copilului, care a aspirat aerul ce, prin col, pătrunsese în cavitatea abdominală *(Raestrup).*

7. **Procesele patologice ale cordonului și placentei omoară** copilul înainte de naștere.

8. **Sudările fetale ale amniosului cu părțile capului** *(Walz,* 1925).

9. **Leziuni intra-uterine**

Acestea pot fi datorite fie unei căderi, unei loviri sau răniri a mamei cu puțin înainte de parturiție, fie unei intervenții obstetricale premergătoare facerii (manopere vaginale cu repercusiune asupra uterului). In asemenea cazuri se pot produce: deslipirea placentei, ruperea membranelor oului, o fractură mortală a capului, fractura oaselor extremităților, ruptura ori strivirea organelor interne.

In asfixia letală se notează uneori mici pete gălbui sau verzui, cari nu trebuesc confundate cu semnele unei aerări *(Ungar).*

II. In timpul expulzării

Procentul de mortalitate e cu mult mai mare decât acela dinainte de facere (statistica lui *Oesterlein).* — Moartea copilului poate avea drept cauză:

1. **Leziuni și fracturi craniene**

Leziunile hemoragice pericraniene, pierderile de substanță din pielea capului și a feței; leziunile hemoragice meningee, plesniturile, fracturile mai grave cu soluții de continuitate ale oaselor, impresiunile oaselor se notează în *comprimarea capului,* în trecerea copilului prin căile genitale. — Se produce o turtire a craniului (caracterizată prin lungirea diametrului mento-occipital și încrețirea pericraniului, ambele consecutive încălecării oaselor: occipitalul și frontalele alunecă sub parietale cari, la rândul lor se încalecă). Turtirea se accentuează în momentul când capul ajunge la nivelul promontoriului sacro-vertebral.

Leziunile spontane mai grave se pot înregistra nu numai în facerile laborioase, ci uneori şi în cele uşoare. Ele se prezintă fie sub forma de *simple fisuri (plesnituri)*, fie sub aceea de *fracturi caracterizate*, fie însfârşit sub forma de *simple impresiuni*.

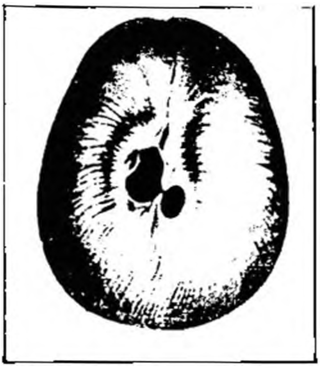


Fig. 52. *Diagnosticul pruncuciderii:* Defect congenital al pielei capului

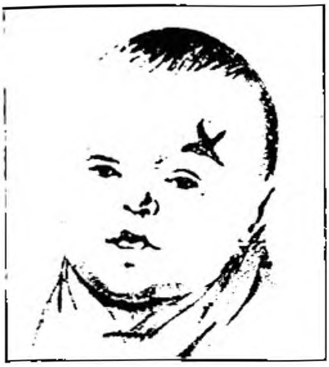


Fig. 53. — *Diagnosticul pruncuciderii.* Un defect congenital al pielei depe frunte.

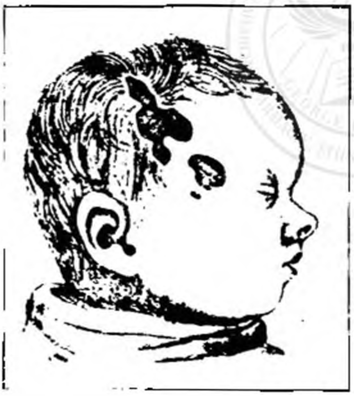


Fig. 54. — *Diagnosticul pruncuciderii.* Defecte congenitale ale pielei capului şi pielei feţei.

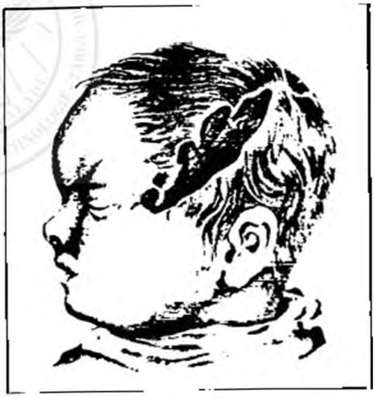


Fig. 55. — *Diagnosticul pruncuciderii:* Defect congenital al pielei capului.

a) **Fisurile.** — Sediul de predilecţie al fisurilor (de regulă unice, excepţional duble) sunt parietalele (în marea majoritate a cazurilor e interesat numai un parietal, excepţional ambele). — Se pot nota şi la occipital, excepţional la temporale.

Plesniturile acestea accidentale nu trebuesc confundate cu *crestăturile congenitale* mai frecvente la occipital, destul de des la parietale şi numai excepţional la temporale. — La *occipital*, crestăturile congenitale pot fi în număr de patru: o crestătură anterioară, verticală (lungimea maximă de 1,5 cm.) care pornește dela vârful osului către condil; două crestături laterale (lungimea maximă de 2 cm.), deobiceiu drepte, rar sinuoase, pornind dela fontanela laterală, oblic și în sus către condil; o crestătură (variabilă ca lungime) la mijlocul marginii posterioare a osului. — Uneori, crestăturile laterale pe deoparte, crestătura anterioară și crestătura posterioară pe de alta, se întind cu tendința de a se împreuna, astfel că occipitalul apare cu configurația a patru sferturi. — Dacă tendința la unire există numai la crestăturile laterale sau numai la cea de sus și cea de jos, occipitalul apare ca despărțit in două, ori printr'o linie transversală, ori printr'una antero-posterioară. — La *parietale*, crestăturile congenitale (lungimea maximă de 1.5 cm.) sunt întotdeauna simetrice: pornesc dela treimea posterioară a sudurii sagitale, uneori și dela sutura lamvda.

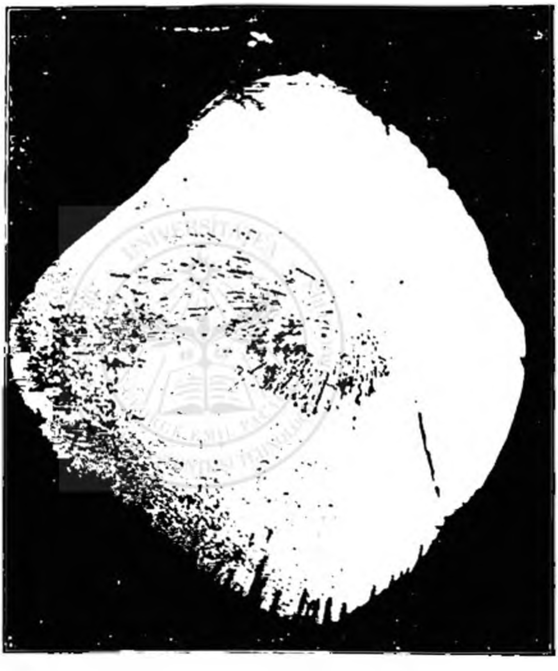


Fig. 56. — *Diagnosticul pruncuciderii.* Defecte de osificare, fisurile și crestăturile congenitale.

Criteriul de diferențiare a acestor defecte de osificare de plesniturile datorite traumatismului facerii: 1) constanța sediului lor; 2) pe când marginile plesniturilor traumatice sunt neregulate, dințate, acele ale crestăturilor congenitale sunt netede și ascuțite; 3) dispoziția simetrică a crestăturilor congenitale; 4) absența extravazatelor sanguine la crestăturile congenitale (chiar dacă, intâmplător, din cauza configurației craniului, s'ar găsi un asemenea extravazat la una din crestături, el lipsește intotdeauna la crestătura simetrică); 5) în spațiul dintre marginile crăpăturilor, pericraniul e sudat de dura-mater; 6) la fisurile datorite traumatismului facerii, se notează întotdeauna extravazatul sanguin.

b) **Fracturile cu pierderi de substanță**, consecutive mecanismului parturiției, nu trebuesc confundate cu *lacunele de osificare* congenitale (notate în marea majoritate a cazurilor la parietale, rar la frontal și excepțional la occipital). Lacuna, rotundă sau cu conturul neregulat, poate fi *complectă* (adică să intereseze întreaga grosime a osului) sau *incomplectă* (mai subsistă o lamelă subțire, transparentă la lumină). — **Diferențiarea** de o pierdere de substanță traumatică: absența revărsării sanguine. *Ungar* atrage atenția asupra particularității, numai excepțional întâlnită, ce o constitue consistența membranoasă parțială a oaselor craniului *(osteogenesis imperfecta)*.

Fisurile congenitale și lacunele de osificare, stigmate ale hidrocefalilor, se întâlnesc des și la copiii normali. — In rachitismul congenital, din cauza insuficienței procesului de osificare, oasele craniului sunt constituite dintr'un mare număr de solziosoși subțiri, foarte des în formă stelată, fie despărțiți între ei fie divers sudați.

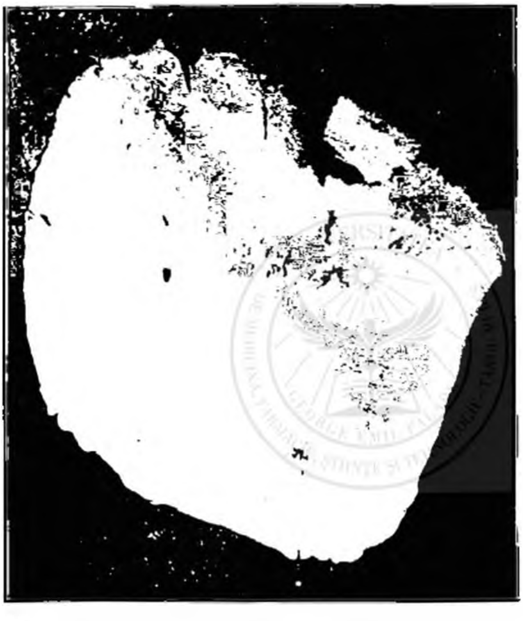


Fig. 57. — *Diagnosticul pruncuciderii.* Defecte de osificare: crestături și pierderi de substanță congenitale.

c) **Impresiunile** — șanțuri sau escavațiuni în formă de lingură, cu extravazate sanguine — se produc atunci când capul copilului e comprimat de promotoriul sacro-vertebral sau de simfiza basinului. — Impresiunea în formă de lingură poate fi datorită și presiunii policelui mamoșului ori al moașei.

Un efect al comprimării e și formarea *bosei sanguine.*

d) Comprimarea provoacă:

1. *Extravazate sanguine* pe fața internă a pericraniului, în țesutul celular subcutanat al acestuia.

2. *Hemoragii pe și în periost, între os și dura-mater.*

3. *Hemoragii sub pia-mater* şi, uneori chiar *în ventriculele creerului sau în substanţa cerebrală* (hemoragii din cari mai rămân urme şi la câteva săptămâni dela naştere, în caz că fătul a supravieţuit — *Haberda*).

4. *Hemoragia care se produce sub cort*, prin presiunea exercitată asupra măduvei prelungite, paralizează respiraţia copilului ajuns cu capul afară din vulvă.

5. *Hemoragia cerebrală se poate întinde în canalul rachidian.*

6. *Paralizia inimii fetale, cu întreruperea prematură a respiraţiei placentare.* — In moartea asfixică, *Hofmann* notează contrastul isbitor între intensitatea aerării tubului digestiv şi atelectazia pulmonară. Chiar şi atunci când plămânul e aerat, prin stabilirea temporară a respiraţiei, se găsesc, la autopsie, leziunile hemeragice de natură asfixică (observaţia lui *Pinard*).

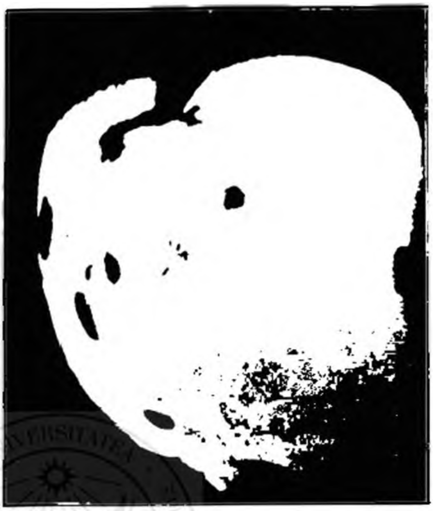


Fig. 58. — *Diagnosticul pruncuciderii.* Defecte de osificare: pierderi de substanţă şi lacune congenitale.

Toate leziunile traumatice ale oaselor craniului, pe cari le-am descris, pot fi datorite şi auto-intervenţiei mamei, atunci când nu e asistată la facere, sau intervenţiei mamoşului ori a moaşei. (La autopsia unui nou-născut, *Schultze* a notat sgârieturi cu unghia pe pielea capului, fractura parietalului cu o hemoragie întinsă în cavitatea craniană, toate datorite auto-intervenţiei mamei neasistate).

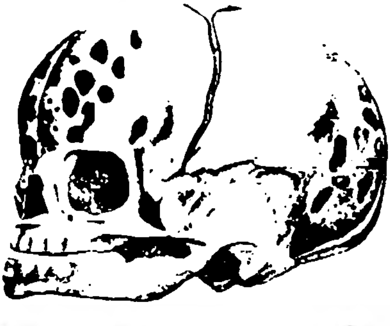


Fig. 59. — *Diagnosticul pruncuciderii.* Defecte de osificare: pleşniri, fracturi şi multiple lacune osoase congenitale notate la craniul unui nou-născut la termen.

2. **Fracturi claviculare.**

3. **Fractura coloanei vertebrale**

Se notează în naşterea cu prezentaţiunea şezutului (o atare fractură a fost observată de *Ungar* într'o auto-intervenţie a parturientei).

4. Fractura brațului

Se poate observa in naşterea cu prezentațiunea acestuia (cazuri de auto-intervenție notate de *Schultze*).

In rachitismul congenital, intocmai ca la oasele craniului şi tot din cauza insuficienței de osificare (vezi mai sus), toate oasele, îndeosebi diafisele oaselor extremităților, apar constituite din segmente neregulat osificate, cari se pot confunda cu fracturi şi sunt extrem de fragile.

5. Ruptura ficatului

Se înregistrează in naşterea cu prezentațiunea şezutului (*Ungar*).

6. Edem al scrotumului sau al vulvei, edem al feselor

Se notează îndeosebi în prezentațiunea şezutului.

7. Leziuni ale părților moi

Sunt frecvente la copilul prematur şi se prezintă sub diferite aspecte:

a) *Dungi transversale ale tegumentului gâtului*, în prezentațiunea cefei şi a feței şi cari nu trebuesc confundate cu urme de strangulare.

b) *Excoriații şi sufuziuni sanguine ale pielei gâtului*, cari deasemenea nu trebuesc confundate cu urme de strangulare.

c) *Hematomul muşchiului sterno-cleido-mastoidean* şi *hemoragiile în alți muşchi ai gâtului*.

Toate sunt datorite ori extensiunii în efortul de expulzare, ori atingerii de oasele basinului.

Leziuni ale părților moi (escoriațiuni şi sufuziuni sanguine — urme semilunare ale unghiilor) localizate în genere în jurul gurii, la nas şi gât, pot avea ca origine şi auto-intervenția mamei neasistată la facere. Impresiuni mai adânci ale degetelor la nivelul faringelui, însă, trădează manopera criminală a mamei.

8. Anomaliile cordonului ombilical

Ele se traduc prin:

a) *Circularele în jurul gâtului*, cari pot provoca asfixia.

b) *Scurtimea cordonului* care, am spus, normal trebuie să fie cel puțin cât talia copilului. Atunci când cordonul e mai scurt ca 25 cm., copilul poate să moară în timpul facerii.

Statistica lui *Leray*, pentru 10.487 cordoane observate: 2 de 14 cm., adică 1 la 5.000; 12 de 15—19 cm., adică 1 la 800; 19 de 20—24 cm. adică 1 la 500; 71 de 25—29 cm., adică 1 la 100; 221 de 30—34 cm., adică 2%: 416 de 35—39 cm., adică 4%; 984 de 40—44 cm., adică 10%. — *Couvelaire* şi *Guillaume* au notat cordoane de 5 cm., *Schafer* unul de 1 cm. — *Cordonul poate lipsi cu totul la monştri.*

c) *Răsucirea exagerată a cordonului* e o cauză de moarte. Ea poate fi consecutivă şi mişcărilor pasive imprimate fătului deacum mort în uter.

d) Alte cauze: *tumorile cordonului* (kistice și solide), *tromboza cordonului* (numai excepțional notată); *procidența cordonului* (moartea copilului în 25—35% din cazuri); *inserția velamentoasă a cordonului* (cordonul abordează membranele la oarecare depărtare de placentă), care se intâlnește de obiceiu in sarcina gemelară (0,5—0,8% din cazuri).

9. Hemoragia cordonului ombilical

Deși excepțională, ea se notează în inserția velamentoasă și in ruperea spontană a cordonului prea scurt.

10. Hemoragia placentară are de urmare întreruperea circulației placentare.

III. După expulzare

Moartea naturală (accidentală) poate fi datorită următoarelor cauze:

A Copilul n'a făcut mişcări respiratorii deşi s'a născut viu

(Vezi *„Viața fără respirație"*, vol. I. pag. 504—505). Aceasta se notează îndeosebi la copiii prematuri — cu mult înainte de a 28-a săptămână. (O *atelectazie secundară* se observă câteodată și la copii aproape de termen sau chiar la termen, dar debili: insuficiența musculaturii respiratorii sau a centrului respirator — *Pallacani, Nikitin)*.

Respirația — care deobiceiu se manifestă prin primul *țipet* scos de copil și care e un produs al actului expirator al aerului inspirat — are ca efect, odată cu *dilatarea plămânilor* (prin afluxul de aer și sânge în plămâni), apăsarea in jos a diafragmei (semnul lui *Ploquet* — 1787) și *boltirea toracică* (semnul lui *Daniel)*. Ambele semne nu oferă un punct de reazim solid, pentru diagnosticul vieții

I. Aşa, în ce priveşte dilatarea plămânilor, dacă e de netăgăduit că respirația se traduce prin modificări ce interesează aspectul, structura, consistența, densitatea și greutatea organului, nu e mai puțin adevărat — după cum cel dintâiu a relevat-o *Hofmann* —, că numai rare ori putem găsi (la autopsie) un plămân fetal adevărat Și aceasta, pentru motivul că marea majoritate a celor născuți morți, mai ales fetii morți in timpul facerii (moarte datorită asfixiei consecutive întreruperii premature a circulației placentare) fac mișcări respiratorii premature cari, dacă nu pot provoca afluxul de aer, în orice caz *aduc în plămân o cantitate de sânge* pe care n'o vom găsi niciodată într'un plămân cu adevărat atelectasic.

(Pentru caracterizarea plămânului noului-născut, înainte și după stabilirea respirației, vezi „Docimazia pulmonară". Vol. I, pag. 499—506).

II. Mișcarea diafragmei și boltirea toracică. — Respirația uterină a fost verificată, in 1909, de *Pinard*: cu ocazia unei intervenții obstetricale a înregistrat în două rânduri (prin auscultarea pe abdomenul mamei) mişcări respiratorii ale copilului din uter. — *Demay* a notat și el trei cazuri de respirație pulmonară intra-uterină

Ahlfeld (1916), combătând părerea contrarie a lui *Runge* (1905), a susținut că, în chiar viața intra-uterină a fătului, se produc fenomenele atribuite respirației extra-uterine: *Jaeger* (1919) a întărit temeinicia acestei afirmațiuni prin demonstrarea existenței unor multiple exostoze cartilaginoase congenitale la toracele unui nou-născut. Cele mai multe dintre aceste exostoze erau legate între ele prin articulațiuni și indicau o deplasare reciprocă orizontală, — proces datorit unor mișcări de destindere și de contracțiune fetală a toracelui în sensul respirației. — *Waltz* (1925) a verificat această constatare a lui Jaeger.

B. Mișcările pulmonare au fost neîndoios identificate și cu toate acestea actul respirației nu s'a putut stabili

Fenomenul vieții fără respirație are și în acest caz o explicație: ori *dispneea* ori o *influență patologică*.

a) **Dispneea de origine placentară**, pentru întâiaș dată desscrisă de *Bardinet*, a format obiectul unui interesant studiu statistic al lui *Bossi* (pentru 99 cazuri), care a constatat: abea identificabil în 15 cazuri, stadiul dispneic e de 1—20 secunde în 22 cazuri, de 21—40 secunde în 18 cazuri, de 150 secunde într'un singur caz.

Copilul a ieșit pe vulvă, dar (din cauză că, în timpul unei pauze a durerilor, placenta mai e total sau parțial aderentă) respirația fetală nu e întreruptă. Dispneea aceasta poate dura câteva minute și se diferențiază de starea asfixică prin aceea că, pe când în asfixie, bătăile inimii sunt slabe, neregulate (rare sau din contră foarte accelerate), în dispnee bătăile cordului sunt tari și cu frecvența normală. — După *Fink* (1920) cordonul ombilical poate pulsa până la 37 minute după naștere.

b) **Influențele patologice.** — 1. În *hydramnios:* deși născut viu, copilul sucombă imediat după expulzare.

2. *Rinichii închistați.*

3. *Paralizia centrului respirator,* consecutivă une comprimări a creerului (datorită unor extravazate sanguine), provoacă moartea reală sau numai aparentă.

4. *Nașterea cu membranele intacte* (cazuri excepționale la copilul matur).

5. *Obstruarea orificiilor respiratorii (fosele nazale și gura) cu fragmente de membrane:* plămânul poate fi puțin aerat, pentru considerațiunea că, abea după primele mișcări respiratorii, aceste bucăți de membrană se lipesc strâns de orificii, astupându-le ermetic.

6. *Hepatizarea albă* și *tumorile granuloase* (exclusiv la eredo-sifilitici) ale plămânilor împiedecă aspirația de aer, cu toate că există mișcări respiratorii.

7. *Gușa congenitală* poate împiedeca aspirația aerului.

8. *Hipertrofia thymusului* (Hedinger, Benek, Perrin, etc.).

O contribuțiune de o deosebită valoare—și documentară și interpretativă — o constitue lucrarea Doctorului *Th. Vasiliu*, șef de lucrări la Institutul Medico-Legal din București („Contribuțiuni la studiul thymusului", 1926). Din 54 observații făcute în interval de un an, 18 se referă la autopsii de prunci (2 prematuri, 3 născuţi morţi şi 13 născuţi vii). Thymusul hipertrofiat (dela 20 gr. în sus) a fost găsit la prunci (2 thymusuri de câte 20 gr., 1 de 21 şi 1 de 30).

Hipertrofia thymusului nu numai că nu provoacă întotdeauna moartea, dar se poate întâmpla ca *nici măcar să nu jeneze respiraţia,* după cum probează repetatele observaţii făcute de *Minovici* într'o practică medico-legală de o jumătate de veac. A notat *status thymicus* nu numai la *prunci* (20—30 gr.) şi *impuberi* (30—40 gr. la 11 ani, 25 gr. la 8 ani), ori puberi (43 gr. la 18 ani, 30—40 gr. la 16 ani, 40 gr. la 17 ani, 25 gr. la 19 ani), dar şi la *adulţi* (40 gr. la 28 ani), fără ca această hipertrofie să fi constituit o cauză de turburare a sănătăţii individului. Ceva mai mult: în 1929, a găsit, la autopsia unui băiat de 15 ani, mort într'un accident de tramvai, un thymus enorm de 72 gr., fără ca această anomalie să fi contribuit întrucâtva la stingherirea respiraţiei în tot timpul vieţii. (Vezi clişeul la: „Moartea subită").

9. *Plămânii atrofiaţi şi defectul diafragmatic.*

10. *Hydronefroza cu distensiune kistică,* atunci când e excepţional de mare, poate fi şi o piedecă la naştere *(Klebs).*

11. *După mai multe mişcări respiratorii plămânii s-au golit de aer* (vezi „*Dovada vieţii*". Vol. II).

C. **Asfixia accidentală**

a) **La naştere,** copilul cade cu faţa în băltoaca formată de lichidul amniotic, lochiile, urina şi materiile fecale scurse din parturientă (fapt observat în mai multe faceri neasistate).

b) **Copilul se naşte în bae,** în facerea precipitată.

c) **Copilul se naşte sub cuvertură** — în facerea precipitată — fie că mama e trează, fie că doarme adânc ori e în stare de leşin.

d) **Copilul, în facerea precipitată, cade într'un recipient** *umplut cu un lichid sau în haznaua unei latrine.*

e) **Strangularea printr'o circulară a cordonului** (accident frecvent în facerile neasistate).

⁂

Indiferent de natura asfixiei copilul dă dovadă de o mare putere de rezistenţă, cu mult superioară aceleia a adultului şi verificată pe calea experimentală cu animalele (Vezi „Viaţa fără respiraţie", Vol. I, pag. 303: experienţele lui *Minovici* cu puii de câine cari au supravieţuit 10—20 ore). Această facultate de a rezista asfixiei slăbeşte treptat până la a 14-a zi, când devine egală cu aceea a adultului *(Bert, Brown-Séquard, Hofmann).* — Bătăile inimii, la copilul asfixic, persistă un timp variabil dar destul de important: în genere 30—45 minute, dar sunt şi excepţiuni. Aşa: *a)* 2 ore *(Hofmann); b)* 7 ore la copii îngropaţi în băligar şi desgropaţi *(Bohn);*

c) 8 ore la un copil îngropat sub pământ la o adâncime de 25 cm. *(Bardinet)*; *d)* un copil e aruncat în lichidul unei latrine unde e asfixiat și apoi, socotit mort, mama îl scoate și-l îngroapă în grădină; cu toate acestea, la autopsie, se găsește o aspirație atât de lichid din latrină cât și de țărână, deci copilul a mai respirat și sub pământ *(Haberda)*.

Lipsa aceasta de interdependență a celor două funcțiuni vitale (circulațiunea și respirația) a fost demonstrată de *Profesorul Paulescu*, prin cercetările experimentale făcute in 1899 *(„Les causes déterminantes et le mécanisme de la mort subite consécutive au passage de l'attitude horizontale à l'attitude verticale")*: se produce un desechilibru al centrilor bulbului, de unde disociare între mișcările respiratorii și bătăile cardiace; deși respirația a încetat, pulsațiile inimii tot continuă.

D. Țipătul

Am spus că, *deobiceiu*, țipătul e manifestarea actului expirator al aerului inspirat, iar intensitatea lui e în funcțiune de gradul de dilatare a plămânilor. — Țipătul poate uneori lipsi cu totul (în caz de ocluziune a gurii), ori să fie atât de slab încât să nu poată fi perceput dela oarecare depărtare.

De notat: deși respirația extra-uterină e stabilită — copilul, cu ochii deschiși, a făcut strâmbăturile cari însoțesc primele inspirații —, se poate întâmpla ca *țipătul să nu se producă decât după mai multe respirații*.

Dar țipătul nu constitue un semn indiscutabil al vieții, pentrucă trebue făcută deosebirea între *țipătul adevărat*, sonor și foarte prelungit — produs prin expulzarea prin glotă a aerului pătruns în plămân — și *pseudo-țipătul*, care în realitate nu e decât efectul trecerii aerului prin glotă, în timpul aspirațiunii, fără însă a fi ajuns până în plămân. Pseudo-țipătul — întretăiat, când ascuțit, când înăbușit — seamănă cu sgomotul pe care-l produc micile foale suflând în foc, sau cu cântul unui cocoșel *(Billard)*.

Ceeace dărâmă însă cu totul teoria, pe vremuri cu hotărîre susținută de *Chabot* și *Ricard* („Dacă a țipat, e o certitudine că fătul s'a născut viu") sunt repetatele observațiuni controlate cu privire la țipetele percepute *în timpul vieții intra-uterine* în faza durerilor facerii, când membranele sunt rupte și când mamoșul, prin intervențiunea sa pentru grăbirea ușurării, înlesnește astfel pătrunderea aerului în uter (indiferent dacă avem a face cu o prezentațiune cefalică sau cu una podalică).

Exemple riguros controlate de *țipete intrauterine* sunt numeroase: 1. *Profesorul Bogdan*, dela Iași, citează, depe vremea când era medic de circumscripție, următorul caz: înainte încă de a aplica forcepsul, a auzit de sub plapumă niște gemete ușoare. — 2. *Briand-Chaudé* citează cazul cu un mamoș care, moșind în prezentația podalică, a auzit, la fiece tracțiune exercitată asupra membrelor, un geamăt ca de durere. — 3. *Zitterland:* o femee — gravidă în a 8-a lună și la care, in urma unui accident, se rupsese punga apelor — e apucată de durerile facerii; cu câteva ore inainte de uşurare, s'au auzit, de sub plapumă, scâncete de copil. — 4. *Henry* şi *Joubert* au auzit scâncete la copilul reţinut încă in strâmtoarea superioară. — 5. Trei ţipete a auzit *Illard*, in timpul unei intreruperi a extracţiunii cu forcepsul. — 6. Ţipete de copil, care n'apucase să respire afară din uter, au fost inregistrate şi de *Pick*, *Schmidt*, *Marc*, *Konopka*, *Streit*, *Baudeloque*.

E. Abolirea circulaţiei fetale

Obturarea căilor acestei circulaţii, ca efect nelipsit al stabilirii respiraţiei extra-uterine, e un indiciu de certitudine despre viaţa noului-născut, care a supravieţuit expulzării din uter. La copilul mort în chiar momentul naşterii, indiciul nu mai există, pentrucă obturaţia se face cu o încetineală relativ mare şi astfel semnul nu are vreme să se manifeste înainte de terminarea acestui proces.

F. Leziuni şi fracturi craniene

Ele sunt notate in facerea precipitată şi în căderea accidentală a copilului dela oarecare înălţime, îndată după naştere (d. e. alunecă de pe pat sau e scăpat din mână de moaşă ori de mamoş). Importanţa acestor leziuni variază după înălţimea punctului dela care se produce căderea, natura locului de cădere şi gradul de rezistenţă a cutiei craniene. Mai frecvent, însă, leziunile acestea se notează în naşterea prin surpriză.

Această naştere, caracteristică facerii precipitate (*Sturzgeburt* al obstetricianilor germani), poate fi consecutivă unei *faceri inconştiente* (starea de inconştienţă a mamei în momentul parturiţiei; starea ei de ignoranţă nu numai în ce priveşte iminenţa uşurării, dar şi în ce priveşte însuş faptul gravidităţii; absenţa totală a durerilor sau înşelarea asupra naturii adevărate a durerilor). Deasemenea poate fi consecutivă şi unei *faceri conştiente, dar a cărei precipitare nu poate fi evitată* (rapiditatea anormală a facerii, cu scurtarea excesivă a perioadei de expulzare: femeea ştie că gata să nască, dar durerile ultime au surprins-o în imprejurări în cari ii e cu neputinţă să se uşureze în condiţiuni normale).

Literatura medico-legală cunoaşte un foarte mare număr de cazuri tipice de naştere prin surpriză, a căror frecvenţă oscilează între 0.88% (statistica lui *Kiproff* — spitalul Lariboisière) şi 1—2% (*statisticile lui Winckel, Koch, Hellake*). Cel mai mare procent e inregistrat la primipare (12% — *Klein*; 30% *Hellake*, 40% *Kiproff*).

Cazuri istorice: Napoleon cel Mare, Carol Quintul, Henric IV

Dintre cazurile înregistrate la noi (observaţiile Profesorului Bogdan): 1 o secundipară, apucată de dureri, naşte în privată un copil la termen (1909); 2 o multipară naşte deanpicioarele un copil la termen

Brouardel: o primipară naşte deanpicioarele pe când se plimba prin cameră.

Shortt (observaţie făcută la Calcuta): o Indiană se opreşte brusc din mers (în piaţa oraşului) şi instantaneu naşte un copil viu.

Selwyn Morris (propria lui soţie): durerile şi expulzarea au ţinut 15 minute.

Scott: Durerile nu se pronunţaseră. N'apucă să se desbrace şi femeea naşte.

Laugier: Femeea constipată confundă durerile facerii cu colici: i se administrează o clismă: se aşează pe oala de noapte şi naşte in acest recipient.

Corin: Femeea are, timp de 5 zile, dureri intermitente; e examinată şi moşul conchide că facerea nu e iminentă. Gravida simte nevoia de a defeca şi, în chiar momentul în care ea se aşează pe oală, medicul aude sgomotul produs de căderea unui obiect greu în apa din recipient. Femeea refuză să se ridice, pretinzând că *tocmai evacuase un scaun şi că simte că n'a isprăvit.* E sculată cu forţa şi in vas era un copil cu capul în lichid, în stare de moarte aparentă.

Tatham: Femeea simte nevoia de a urina: se aşează pe o găleată, pierde apă in cantitate enormă, in acelaş timp naşte doi gemeni.

N'am mai isprăvi, de ar fi să înşirăm toate observaţiunile de naşteri fulgerătoare in poziţia deanpicioarele, pe vine, în genunchi, culcată, in mers, in trăsură, pe scaun.

Leziunile şi fracturile craniene, după cum am arătat, pot avea următoarele caractere:

a) *Simple plesnituri* cari, în marea majoritate a cazurilor, se localizează fie numai la parietale (la unul sau la ambele oase), fie la un parietal şi la occipital, fie la un parietal şi un frontal, fie numai la frontal. Odată cu fisurile se pot înregistra şi leziuni contuze ale pielei capului şi ale feţei.

Nu orice cădere a copilului implică şi leziuni craniene, dovadă observaţia următoare: o femee, apucată de durerile facerii pe când călătoria şi pe cari le luase drept colici, se duce în closetul vagonului şi acolo expulzează copilul care, alunecând pe tubul acestuia, cade între şine: după trecerea trenului, copilul e ridicat teafăr, fără nici o leziune craniană, afară de zdreliri ale pericraniului din zona unuia dintre parietale (*Schuler*, 1925). — O altă observaţie, tot a lui *Schuler*, ne arată tocmai contrariul: un copil născut în condiţiuni identice, a sucombat pe loc gravelor fracturi craniene căpătate. (*Pentru forma fisurilor datorite căderii în naşterea fulgerătoare* vezi vol. II pag. 480).

b) *Fracturi grave cu pierderi de substanţă osoasă, uneori însoţite nu numai de rupturi ale pericraniului, dar şi ale meningelor, precum şi grave leziuni ale substanţei cerebrale.* — Fracturile, de regulă multiple (mai ales când copilul cade dela o înălţime mai mare şi pe un plan tare), pot fi şi unice (în căderea peste o muchie ascuţită ori peste un obiect înţepător, caz în care se produce un orificiu de perforare cu crestături radiante). Fracturile multiple pot interesa cutia craniană pe o zonă foarte întinsă: o adevărată zdrobire a craniului. — Frecventă, în facerea precipitată ori în căderea accidentală, e şi *ruptura cortului cerebelului.*

Caracterul letal al acestor leziuni, indicat mai întâiu de *Chaussier* şi contestat de *Orfila, Hohl, Devergie*, a primit consacrarea confirmării lui *Marc, Tardieu, Brouardel, Casper* şi *Hofmann.*

Necropsiile practicate la copilul mort, în urma căderii datorite ruperii cordonului ombilical, au identificat toate prezenţa acestor fracturi (*recte* plesnituri) craniene:

1. O femee însărcinată vine la spital; o infirmieră îi dă un vas spre a emite puțină urină, în vederea analizei prealabile. Femeea rămâne în picioare, ridică fusta pentru a ține vasul între picioare, și în chiar acel moment infirmiera vede copilul alunecând din vulvă, oprindu-se o secundă la capătul cordonului, la vreo 20 cm., de vulvă; apoi își continuă căderea, isbindu-se cu capul de lespezile sălii. La autopsie: fractura unuia din parietale și a frontalului *(Tissier)*.

2. O femee — care cu șase ani mai înainte mai născuse prin surpriză în mijlocul atelierului în care lucra — simte de astă dată nevoia de a se duce la privată; n'apucă să se așeze pe vine și expulzează brusc un copil viu care, în urma ruperii cordonului, cade pe scânduri, iar placenta cu o parte a cordonului rămâne pe scaun: copilul moare după patru zile și, la autopsie, se constată o plesnitură a parietalului stâng pe linia unei raze de osificare *(Brouardel)*.

3. O servitoare, la termenul sarcinei disimulate, însoțește pe stăpâna ei în piuță. In drum e apucată de dureri dar continuă să meargă și, după câtva timp, naște brusc: copilul, prin ruperea cordonului, cade pe pavaj și expiră, după câteva minute. La autopsie: o plesnitură dantelată a parietalului drept și o hemoragie cerebrală *(Casper)*.

4. O tuberculoasă naște pe neașteptate în privata spitalului (la Viena). Țipă: o infirmieră aleargă și găsește copilul în cuvetă. Pierzându-și capul infirmiera, în loc să scoată copilul, ridică supapa și pruncul e precipitat, de la al 2-lea etaj, în hazna. La autopsie s'a constatat o zdrobire a craniului *(Hofmann)*.

G. Leziuni și fracturi ale altor părți ale scheletului.

a) *Fractura claviculară;* b) *fractura coloanei vertebrale;* c) *fractura sternală;* d) *fractura costală;* e) *fractura extremităților.*

H. Rupturi viscerale: ficatul.

1. Ruperea cordonului ombilical

In facerea precipitală ruptura aceasta se notează în 18%—34% din cazuri.

Ruptura spontană a cordonului omibilical, contestată de unii, începând cu Négrier, e confirmată de numeroase observații făcute de *Casper*, *Hofmann*, *Minovici*, *Pfankuch*, *Budin*, *Noegeli*, *Bontemps*, *Devilliers*, *Rigby*; *Winckel*; *Maygrier*, *Bonnemaison*, *Hellake*, *Klein*, *Koch* și, mai recent, de *Jerie* și *Nassauer* (1923), *Walz* (1924). Dintre cei mai vechi, *Casper* îndeosebi a combătut temeinicia experiențelor lui Négrier (Lega o greutate de capătul placentar al cordonului, suspenda cordonul de un drug pe la mijlocul lui, și apoi măsura forța de rezistență a cordonului în raport cu mărirea greutății, până la producerea rupturii. Și a conchis că, pentru ruperea unui cordon *varicos*, ajunge, în medie, o greutate de 3.000 gr., iar pentru ruperea unuia neavaricos, o greutate de 3,250 gr.). Cu drept cuvânt Casper a observat, că greutatea atârnată era treptat mărită, pe când în nașterea bruscă, tensiunea cordonului e subită. Obiecțiunea lui Casper a fost confirmată de experiențele lui Pfankuch, cari au dovedit că, *atunci când e întins subit, cordonul se rupe numai sub tracțiunea unei greutăți de 700—1000 gr., după înălțimea dela care se dă drumul greutății* — care figurează fătul.

Casper a mai notat o mai mică rezistență la cordonul viu decât la cel mort. Faptul acesta a fost verificat de noi, în experiențele făcute cu născuți morți la termen: am apucat de plancentă și am balansat copilul, fără ca o singură dată să se fi produs o rupere a cordonului.

a) Ruptura spontană se produce nu numai în facerile verticale (155 observații ale lui *Klein*) sau oblice, ci și în cele orizontale (femeea stând culcată) — cazuri citate de *Budin* (două observaţii, cu parturientele culcate în pat; într'unul din aceste cazuri smulgerea cordonului dela 10 cm. de la inserţie). Deasemena observaţiile lui *Pinard* şi *Dupuy*: smulgerea chiar dela locul de inserţie.

b) **Locul rupturii** e de regulă înspre extremitatea fetală: 1. la 1/3 dela această extremitate *(Strassmann, Pfankuch, Ungar)*; 2) foarte rar în imediata apropiere a ombilicului *(Budin, Bonnemaison, Ahlfeld)*; 3) uneori pe la mijlocul cordonului *(Hofmann, Koch, Fritsch, Warocquier, Kuntz)*; 4) chiar la inserţia ombilicală (cazul lui *Dupuy* şi statistica lui *Bonnemaison* — 10 cazuri); 5) ori la inserţia placentară (13 observaţiuni ale lui *Bonnemaison)*.

c) **Ruperea e în funcţiune de greutatea copilului, de forţa expulsivă şi de înălţimea căderii** (maximul de frecvenţă înregistrându-se în naşterile deanpicioarele şi în naşterile zise în vid, adică deasupra lunetei latrinei).

1. Elementul *greutăţii fătului* nu mai are nevoie de argumentare, după experienţele atât de concludente ale lui Pfankuch.

2. Tot aşa e de prisos să stăruim asupra valorii elementului *înălţimii*.

3. In ce priveşte *forţa expulsivă*, cu toată obiecţia lui *Brouardel („Il ne faut pas croire que l'enfant bondisse du ventre de la mère comme le noyau d'une cerise qu'on presse entre les doigts")*, e de notat că magistrul francez nesocoteşte violenţa neobicinuită cu care uterul, sub influenţe determinate, îndeplineşte actul expulzării. In multe din observaţiile pomenite şi în altele, nu mai puţin controlate, expulzarea fătului a avut o alură fulgerătoare, de unde comparaţia unora cu „ieşirea glonţelui din puşcă".

d) **La ruperea spontană a cordonului**, copilul în căderea-i pe sol (duşumea, pământ, pavaj, fundul haznalelor goale sau aproape goale — numai când cade pe conul haznalei, plină sau aproape plină, poate scăpa nevătămat) **se isbeşte cu capul, de unde fracturile sau simplele plesnituri craniene, despre cari am vorbit mai sus.**

Ca să terminăm cu moartea copilului prin ruperea cordonului, vom arăta şi **aspectul rupturii** (de regulă unică, excepţional dublă): în marea majoritate a cazurilor, notăm caracterul smulgerii, cu vasele de o înălţime inegală şi cu zdrenţuirea tecii amniotice. Se poate însă ca, excepţional, să avem de înregistrat o ruptură în plan perfect orizontal, parc'ar fi o secţiune practicată cu foarfecele (caz raportat de *Tissier* în 1898).

J. Expulzarea simultană a fătului şi a anexelor

Ea poate avea aceleaşi consecinţe catastrofale pentru copilul expulzat brusc, caşi în cazul de ruptură a cordonului.

O femee, apucată de durerile facerii, se reazimă de un zid și pe loc expulzează copilul cu placentă cu tot. In căderea, copilul, care a trăit, sufera o fractură a parietalului stâng, cu o revărsare sanguină sub dura — mater — *Metzger*.

K. Expulzarea oului în bloc

Are de urmare moartea copilului, dacă în cădere acesta s'a ales cu o fractură gravă, ori dacă n'a fost extras repede din membrane.

Din puținele observațiuni făcute — pentrucă o expulzare in atari condițiuni e foarte rară — cităm: 1. O femee expulzează oul in compartimentul unui vagon: copilul moare asfixiat *(Hofmann)*. — 2. O alienată expulzează oul in bloc; copilul moare asfixiat *(Berthier)*. — 3. Copilul, extras din ou după *25 minute dela expulzare, trăește* (Brunton, 1871).

Vom expune acum și argumentele *pro* și *contra* prezumției de facere precipitată, pentru explicarea originii leziunilor până acum descrise:

a) **Prezența de pete de meconium** în pat, într'un loc altul decât acela în care a fost găsit copilul, e o dovadă peremptorie că *moartea nu e datorită facerii fulgerătoare.*

b) **Absența sângelui închegat la nivelul fracturilor osoase** e o dovadă că acestea din urmă sunt de dată posterioară morții.

c) **Căderea dela o prea mică înălțime** n'ar putea explica fracturi grave și cu atât mai puțin o adevărată zdrobire a craniului, afară numai dacă au existat întinse defecte de osificare. (Am văzut mai sus observația lui *Schuler:* un copil, căzut prin tubul closetului vagonului între șinele drumului de fier, n'a suferit nici o leziune craniană).

d) **Lărgimea orificiului prin care alunecă corpul copilului.** — Se măsoară, în prealabil, diametrul orificiului latrinei.

1. Posibilitatea căderii prin ochiul scândurii într'o latrină rudimentară e indiscutabilă.

2. Deasemenea e admisibilă alunecarea prin tubul sau pâlnia latrinei, atunci când diametrul orificiului inferior al acesteia nu e mai mic decât diametrul capului și diametrul biacromial al copilului. După cum observă și *Haberda,* chiar dacă ulterior se găsește un diametru cranian cu câțiva milimetri mai mare decât diametrul orificiului de trecere, teza alunecării nu e inacceptabilă, pentrucă, se știe, în cursul expulzării, capul copilului se comprimă, producându-se spontan o încălecare a oaselor cutiei craniene. In ce privește diametrul bi-acromial, chiar dacă mărimea lui din momentul examenului ar părea să excludă posibilitatea unei treceri neforțate, nu trebue să se uite că e cu putință ca mai întâiu să se angajeze un umăr și apoi al doilea. — *Dovada că trecerea a fost forțată, deci copilul a fost împins de mamă prin luneta latrinei, o constitue, chiar în absența fracturilor craniene, prezența unor striviri circumscrise*

ale pielei, cu echimoze ale ţesutului celular subcutanat la părţile proeminente (frunte, parietale, occipital, nas, cot, şolduri, genuchi, regiunea sacrală). Dar, după cum cel dintâiu a remarcat-o *Brouardel*, cu aceste leziuni cutanate nu trebuesc confundate simplele excoriaţiuni cari pot fi datorite suprafeţei accidentate a tubului sau a pâlniei latrinei sau chiar numai proeminenţele mai mici de pe *conturul orificiului*. — *Proba crimei e însă peremtorie, atunci când se notează fracturi craniene — de regulă orizontale — la parietale.*

Alunecarea copilului prin sifonul unui closet sistematic e exclusă.

e) **Starea de mumificare a cordonului**, la copilul găsit în lichidul unui recipient oarecare sau al unei haznale, *exclude posibilitatea morţii în acel mediu.*

f) **Un cordon tăiat** exclude *de plano* ipoteza facerii precipitate; dar această ipoteză devine plauzibilă de îndată ce se identifică ruptura — indiferent de e unică ori multiplă (ruptura multiplă putându-se produce spontan prin chiar o singură tensiune — *Ungar* in *Lochte*).

g) Nici **aderenţa placentei de cordonul întreg** (desprins dela chiar inserţiunea ombilicală) nu exclude facerea precipitată, bine înţeles *numai excepţional.*

h) **Basinul mamei prea strâmt** în raport cu volumul copilului ar justifica scepticismul pentru teza facerii precipitate, dar o atare naştere nu e exclusă şi cu un astfel de basin.

i) Un **viciu grav de conformaţie** basinală, care condiţionează neapărat distocia, *exclude posibilitatea facerii fulgerătoare.*

j) Dacă **absenţa bosei sanguine** constitue întotdeauna o prezumpţie în favoarea tezei facerii precipitate, nu urmează neapărat că **prezenţa acestui hematom al capului ar** infirma deadreptul supoziţia, deoarece bosa se poate produce şi numai în faza finală a expulzării, singura precipitată într'o parturiţie până atunci normală sau chiar laborioasă.

k) **Ruptura cortului cerebelului** se poate produce şi *post mortem*. *Diagnosticul diferenţial:* prezenţa unei hemoragii cauză a unei asfixii progresive e dovada leziunii vitale; dimpotrivă, absenţa hemoragiei confirmă că leziunea e ulterioară morţii.

l) Constanţa semnului **rupturii perineale** *la primipare*, afirmată de *Kratter*, n'a fost verificată de noi, după cum de altfel e contestată şi de *Strassmann* (care a observat-o numai în 14% din cazuri), *Haberda* (numai în 8%), *Ungar*, *Fritsch*, *Kaufmann*.

m) **Plămânii atelectazici şi tubul digestiv neaerat** îndreptăţesc prezumţia facerii precipitate: copilul n'a apucat să respire, moartea fiind fulgerătoare, fie din cauza gravităţii excepţionale a leziunilor craniene, fie consecutivă asfixiei, instalată în chiar momentul submersiunii în recipient ori în hazna.

n) **Plămânii aerați nu înlătură întotdeauna facerea precipitată ca origine a morții copilului.** Căci, indiferent de gravitatea leziunii suferite în cădere, dacă viața n'a fost instantaneu suprimată, ajunge, precum am văzut, o singură respirație, pentru ca aerul să pătrundă în căile respiratorii.

o) **Tubul digestiv aerat** e posibil atunci când copilul, cu toate leziunile căpătate, a putut să aspire aerul, prin câteva mişcări respiratorii. Aerarea mai mult sau mai puțin completă a stomacului şi intestinului, precum şi prezența de corpi streini aspirați din mediul de submersiune pot îndreptăți însă şi supoziția unei morți anterioare prin asfixia copilului în lichidul recipientului ori în haznaua latrinei, afară numai dacă, după ce a căzut pe conul insuficient întărit al masei fecale din hazna, s'a scufundat abea după stabilirea respirației.

L. Hemoragia cordonului ombilical

De regulă incompatibilă cu practicarea prealabilă a ligaturii, hemoragia aceasta e extrem de rară şi în cazurile de absență a ligaturii, chiar atunci când cordonul e rupt dela inserția ombilicală. Explicația: *a)* pe deoparte considerabila micşorare a presiunii sângelui în artere, în urma stabilirii micii circulațiuni; *b)* pe de alta, contractarea automată a arterelor ombilicale, care are de urmare impermeabilitatea acestora. — Dat fiind însă observația lui *Fink* (mai sus relevată) că un cordon poate pulsa până la 37 minute după naşterea copilului, se notează şi excepțiuni, nu numai la cordonul nelegat ci şi la cel legat, la copilul asfixic ori la copilul cu o turburare a circulației (în hemoragiile intra-meningee — *Brouardel*), ceeace are de efect sporirea presiunii sângelui în arterele ombilicale. — Hemoragia ombilicală (când scurgerea sanguină poate atinge cantitatea de 180 gr. — *Ungar*) se traduce prin anemia pronunțată a cadavrului.

In cazuri excepționale se poate nota o violentă hemoragie ombilicală *post-mortală*. Edificatoare în această privință e observația recentă a lui *Sibkov* (1928). Cadavrul putrefiat (verde) al unui nou-născut, cu cordonul tăiat dar nelegat, e scos din lichidul unei latrine. Un pansament abdominal era imbibat cu sânge. După desfacerea pansamentului şi înlăturarea crustei subțiri de sânge de pe suprafața de tăiere a cordonului, a țâşnit din acesta o mare cantitate de sânge; la o presiune uşoară pe torace şi în regiunea epigastrică, s'a notat o nouă hemoragie ombilicală. In interval de 20—25 minute s'au scurs 40 gr. sânge, adică 1/5 din cantitatea totală a unui nou—născut. E vorba de un copil născut mort, căruia totuş i s'a tăiat cordonul: în lichidul latrinei a putrefiat repede, înainte de imbibarea mai mare a țesuturilor; prin presiunea gazelor putrefacției, sângele din inimă, din vena-cava inferioară, din ficat, a trecut in vena ombilicală și, după înlăturarea pansamentului și a crustei sanguine de pe suprafața de tăiere a cordonului, a țâșnit.

La *examenul medico-legal* se notează: aspectul ciros al pielei, desprinderea viscerelor, vacuitatea inimii și a vaselor sanguine (acest din urmă semn nu se verifică întotdeauna, pentrucă, după cum observă *Tardieu* și *Orfila*, dat fiind că întreaga cantitate de sânge din corpul unui nou născut nu trece de 180—280 gr., nu e nevoie de o hemoragie totală pentru a provoca moartea).

Să mai notăm, împreună cu *Casper, Velpeau, Hofmann, Kleinwachter, Depaul* și alții, că nelegarea cordonului odată tăiat nu poate provoca moartea, după cum susținea pe vremuri *Damyan* (1858). Demonstrația a fost făcută de *Hofmann* care, după ce a tăiat cordonul ombilical fără a-l lega, a băgat copilul într'o bae caldă. — Absența hemoragiei se explică prin retracțiunea și impermeabilitatea arterelor ombilicale în ciumpul funicular, prin stabilirea respirației. Numai la copiii cu debilitate congenitală, întârzierea respirației poate provoca moartea *(Casper)*. Totuș s-au înregistrat hemoragii ombilicale mortale la copii cari au respirat viguros, dar cărora nu li se legase cordonul *(Wildberg)*.

M. Hemoragia placentară

Se notează în *placenta praevia* și în *placenta comună în nașterile gemelare*. Ea poate fi și spontană

N. Leziuni contuze ale părților moi ale corpului

a) *Edeme subcutanate* (la față, gât, piept, abdomen, spate, membre).

b) *Contuziuni cu sufuziuni hemoragice ale țesutului celular superficial și profund.*

c) *Hemoragii cutanate* la frunte, pleoape, la proeminențele zigomatice, la nas, gât, piept, abdomen, membre.

d) *Hemoragii subcutanate* la cap, gât, trunchiu și membre.

e) *Hemoragii* în mușchii feței, gâtului, ai umerilor, membrelor (sterno-cleido-mastoidianul, sterno-tiroidianul, marele pectoral, deltoidul, tricepsul brachial, quadricepsul femural, digastricul, mesenterul).

O. Sclerema noului-născut

Din 300 copii la termen, 13 născuți morți și 18 morți după naștere *(Perrando)*.

Melena noului-născut (cazuri rare, dar în cari se poate nota moartea cu sau fără convulsiuni).

Degenerescența grăsoasă acută a noului-născut sau *morbul* lui Buhl şi Hecker: coloritul cianotic al pielei, hemoragii ale mucoaselor stomacului şi intestinului, ale pleurei şi pericardului, hematurie, degenerarea grăsoasă a ficatului, a miocardului şi a rinichilor, tumoare a splinei.

P. **Hematomul sub-capsular al ficatului, hematonul splinei, hematonii rinichilor** se notează la copiii născuţi asfixiaţi *(Doerner)*.

Rupturile spontane ale intestinului gros (pentru întâia oară notate de *Sury* şi pe cari, în urmă, *Paltauf* le-a explicat prin presiunea exercitată de o prea exagerată cantitate de meconium, îngrămădită în această parte a tubului digestiv).

Q. **Procesele patologice ale eredo-sifilisului**

Perisplenita fibroasă şi *tumoarea splenică* (în 46% din cazuri). Cu ajutorul *coloraţiei Levaditi* treponemul se poate identifica în peritoniu, pe capsula splinei, în ascită, în revărsarea pleurală *(Waetjen*, 1928).

R. **Tumorile mixte**

Plesnirea spontană a unui myxom al ficatului, care provoacă o hemoragie în cavitatea abdominală liberă. (La câteva minute după naştere, se observă o cianozare progresivă a copilului; la autopsie se găseşte un ficat de 600 grame, cu o tumoare pe faţa lui inferioară; examenul histologic al tumorii: formaţiuni epiteliale carcinomatoase, ţesut conjunctiv, cartilaginos, osos — *Nissel*, 1928).

BIBLIOTECA

S. **Bolile preexistente**

Tuberculoza pulmonară, atelectasia, edem, diverse kiste.

T. **Fracturile craniene intra-uterine.**

Ele se notează însoţite cu revărsări sanguine consecutive unui traumatism suferit de mama fătului, în timpul sarcinii.

U. **Vicii de conformaţiune**

1. *Hidrocefalia hernio-cerebrală.* Mai des se observă moartea la hidrocefalii cu capul mic *(Jamain, Terrier)*.

2. *Spina bifida,* îndeosebi când sediul ei e în regiunea superioară a rachisului (spina bifida complectă a porţiunii cervicale).

3. *Ciclopia (monopsia):* viaţă de numai câteva minute.

4. *Atelo-prosopia (absenţa feţei):* viaţă de numai câteva minute.

5. *Excencefalocelul* şi *meningocelul.*

6. *Emicefalii* cari, deşi născuţi vii, de regulă mor imediat. (Excepţii de supravieţuire: 1) emicefalul citat de *Brauns*—1920, care a putut fi menţinut în viaţă timp de 7 zile; 2) emicefalii citaţi de *Wichura* şi *Kaester*, cari au trăit şi ei mai multe zile; 3) emicefalul lui *Taylor;* 4) emicefalul notat de Profesorul Bogdan—1920).

7. *Hernia ombilicală.*

8. *Imperforarea sau absenţa rectului.*

9. *Inima:* 1) persistenţa gaurei lui Botal mult lărgită cu co-

municarea celor două ventricule; 2) bifurcarea inimii la vârf; 3) ectopia toracică și ectopia abdominală (îndeosebi când inima nu e acoperită de peretele abdominal); 4) absența pericardului; 5) degenerarea grăsoasă a miocardului, care provoacă moartea subită a unui copil născut cu aparență de vigoare *(Hofmaier, Schmidt)*.

10. *Transpunerea vaselor* (aorta pleacă dela ventriculul drept, iar artera pulmonară dela cel stâng).

11. *Cloaca:* orificiul unic pentru aparatul genito-urinar și pentru tubul digestiv.

12. *Extrofia vesicei.*

13. *Buza-de-iepure* în varietatea ei agravată, cunoscută sub numele de *gură-de-lup.*

14. *Diversele monstruozități* incompatibile cu prelungirea vieții extra-uterine (vezi: *„Viabilitatea—Monstruozitățile“*, Vol. II).

15. *Rinichiu kistic bilateral* (Borchers, 1926).

16. *Extravazatele sanguine cerebrale.*

17. *Elephantiasis kistic:* moartea în marea majoritate a cazurilor.

B. Moartea violentă

Provocată în expulzarea incompletă (numai la apariția copilului pe vulvă) ori după expulzarea desăvârșită. —*Cauzele:* 1) asfixia mecanică; 2) leziunile și fracturile făcute cu mâna, cu piciorul, cu instrumente contondente, tăioase și înțepătoare; 3) prin isbirea copilului de un corp tare ori prin aruncarea lui dela înălțime; 4) smulgerea cordonului omibilical; 5) amputarea, depesajul; 6) opărirea și combustiunea; 7) otrăvirea; 8) lipsa de îngrijire.

I. Inainte de expulzarea completă

Cele mai frecvente feluri de pruncucidere în *prezentațiune* sunt:

1. **Fracturarea sau chiar zdrobirea capului** cu pumnul, cu un instrument contondent, tăios ori ințepător (a. Femeea, după ce a omorît primul gemene după expulzare, l-a ucis pe al doilea cu lovituri de pumn aplicate pe capul prezentat — *Bellot.* — b. Alte cazuri notate de *Schmidt*, 1928). A se diferenția fracturile și perforările criminale de cele consecutive intervenției mamoșului (cefalotripsie, craniotomie, etc.).

2. **Fracturi cervicale: fracturi într'o altă zonă a coloanei vertebrale.**

3. **Decapitarea** (de diferențiat de una practicată de mamoș).

4. **Strangularea** cu mâna sau cu o legătură.

5. **Sufocarea** prin ocluziunea gurii și a nasului cu mâna sau prin aplicarea unui tampon, introducerea degetului, a unui obiect

în gura copilului, până în faringe, fie în prezentațiunea capului fie in cea podalică (atunci când capul apare cel din urmă).

6. **Amputarea sau smulgerea brațelor sau a picioarelor**, în prezentațiunea brachială ori podalică *(D'Outrepont, Strassmann).*

7. **Spintecarea abdomenului.**

8. **Smulgerea cordonului ombilical.**

9. **Leziuni ale părților moi** provocate cu mâna ori cu un instrument contondent, tăios, înțepător și localizate după regiunea de prezentațiune (pielea capului, fața, gâtul, trunchiul, șezutul, membrele). Ele se caracterizează prin sufuziuni hemoragice, uneori prin ruptura și hematomul sterno-cleido-mastoidianului.

II. După expulzarea definitivă

Procedeul variază după inspirația momentului, după sugestie, ori după planul dinainte croit.

1. **Strangularea** (15%) din cazurile de pruncucidere).

A. **Cu o legătură** (batistă, servet, prosop, ciorap, sfoară, curea, cordonul șorțului sau chiar cu însuși cordonul ombilical al copilului). *Aproape în unanimitatea cazurilor* — atunci când nu exista o cauză de ocluzie naturală — *copilul a mai avut vreme să respire și astfel*, la autopsie, *găsim plămânul și tubul digestiv (total sau parțial) aerați și echimoze în țesutul subcutanat și în părțile moi mai adânci.*

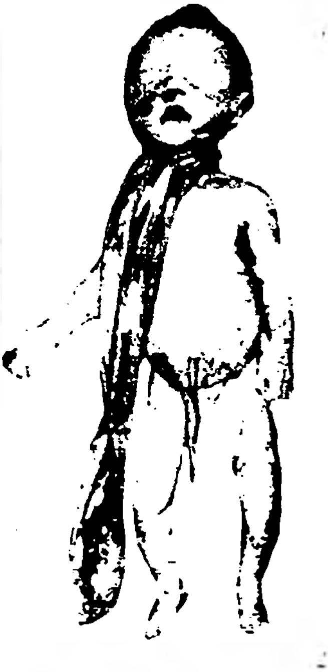


Fig. 60. — *Diagnosticul pruncuciderii:* Cadavrul unui nou-născut strangulat cu o legătură.

Elementele de diferențiare de o strangulare fortuită:

a) *In strangularea prin circularele cordonului* șanțul e moale, lat (exact cât grosimea cordonului), regulat, deobiceiu în direcția descendentă (a nu se confunda, însă, cu șanțul lăsat de o legătură mai lată dar care n'a fost strânsă prea tare), iar plămânul și tubul digestiv sunt, neaerate sau numai puțin aerate. Pe când *în strangularea cu o sfoară, o curea*, etc., șanțul, care are exact forma legăturii, e mai adânc, pergamentat, excoriat și în direcție transversală; aceleaș caractere când mama s'a servit de însuși cordonul copilului.

b) *A nu se lua drept urme de strangulare dungile de extensiune depe* gâtul copilului (între cutele cutanate şi ţesutul bogat în grăsime) în *facerea laborioasă.*

B. **Cu mâna.** — În marea majoritate a cazurilor, felul acesta de strangulare e combinat cu sufocarea, prin apăsarea, cu cealaltă mână, pe orificiile respiratorii (gura şi fosele nazale) — şi aceasta spre a se înăbuşi primele ţipete ale copilului.

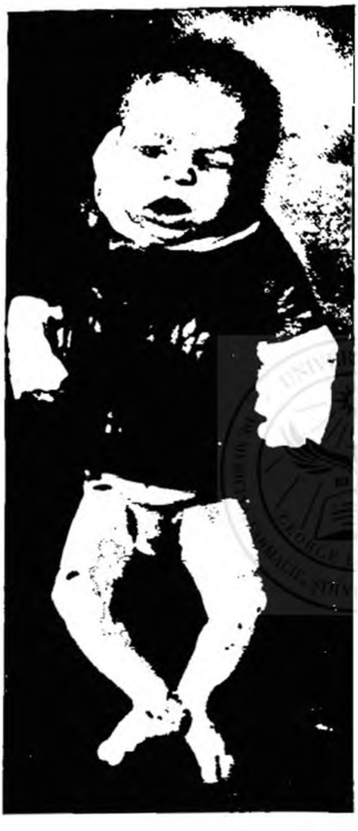


Fig. 61. — *Diagnosticul pruncuciderii:* Cadavrul unui copil strangulat cu o legătură.

La autopsia cadavrului se notează *urmele degetelor* şi *impresiunile unghiilor*, — urme care, atunci când strangularea porneşte dinainte, se pot identifica şi la ceafă; alte ori, după direcţia mânii, se notează şi pe partea superioară a pieptului, până la maxilarul inferior. Leziuni ale părţii cartilaginoase a gâtului se observă rar.

La examenul histologic se constată *mari leziuni hemoragice în adâncimea gâtului:* sufuziuni sanguine în ţesutul celular subcutanat, în musculatura gâtului, în tecile vaselor, în ţesutul glandei tiroide; uneori se văd şi extravazate sanguine pe coardele vocale (îndeosebi atunci când actul strangulării a fost extrem de brutal). — E de observat că *şi expulzarea fătului poate determina leziuni hemoragice grave:* aşa, *hematomul sterno-cleido-mastoidian* e uneori un produs spotan al răsucirii automate a gâtului.

2. **Strangularea combinată cu înecarea**

(După ce a strangulat copilul, a doua zi i-a legat de gât o piatră şi l-a aruncat în puţ).

3. **Sufocarea**

Peste 40% din cazurile de pruncucidere)

I. **Ocluziunea directă a orificiilor căilor respiratorii** prin următoarele procedee:

A. *Aplicarea mânii pe gură şi pe fosele nazale.* a) **Semnele externe:** 1) deformarea prin turtire a nasului şi a buzelor; 2) urmele degetelor şi ale unghiilor (în jurul nasului, al gurii şi pe obraz) cari pot însă lipsi, atunci când femeea, prevăzătoare, se serveşte numai de palma mânii, evitând cu totdinadinsul atingerea cu degetele şi unghiile. — **De observat că turtirea nasului şi a buzelor poate fi datorită şi poziţiunii cadavrului.** — b) *Semnele interne:* leziunile asfixice obicinuite, spumă sanguinolentă în bronchii, echimozele subpleurale.

B. *Aplicarea unei foi de hârtie udă pe gură şi pe fosele nazale:* procedeu practicat în Japonia *(Yamatsu Okomata)*. — Nici o urmă externă.

C. *Impiedicarea pătrunderii aerului prin apăsarea cu sau pe un obiect moale:* 1) Infăşurarea capului copilului cu un şervet, prosop, cuvertură, etc. — 2) Menţinerea capului copilului, cu faţa în jos, pe o pernă, cuvertură, saltea, etc. — 3) Aşezarea copilului între două perne, între două saltele, între saltea şi fundul patului, etc.

Toate aceste procedee nu lasă *urme externe*. Cât despre *semnele interne*, ele sunt acele ale asfixiei în general.

II. **Comprimarea, cu mâna sau cu piciorul, a pereţilor toracelui şi ai abdomenului.** — a) Se caută eventualele *semne externe* (impresiunile). — b) *Semnele interne:* în afară de acele ale asfixiei se pot găsi şi rupturi interne.

III. **Introducerea, pe gură şi faringe, a degetelor sau a unui corp strein** (tampon de vată, cocoloaşe de hârtie, cârpă, batistă, obiect tare, pământ, etc.).

a) *Semnele externe:* 1) La *introducerea degetelor*, se notează leziuni ale gurii, limbii şi faringelui (hemoragii în ţesut, zdreliri ale mucoasei; rupturi ale planşeului bucal; rupturi ale faringelui, cari se pot întinde până la deschiderea superioară a toracelui). — 2) *Introducerea unui corp strein voluminos* se traduce prin rupturi ale mucoasei la comisurile gurii şi chiar ruptura orificiului bucal. — 3) La *introducerea de corpi streini moi*, se mai pot găsi resturi indicatoare.

b) *Semnele interne:* acele ale asfixiei.

IV. **Sechestrarea într'un spaţiu strâmt şi ermetic închis:** ladă, cufăr, dulap, etc. — *Nici un semn extern; numai semnele interne ale asfixiei.*

V. **Infăşurarea copilului în cârpe, astfel ca aerul să nu poată pătrunde.** — *Nici un semn exterior; numai semnele interne ale asfixiei.*

VI. **Ingroparea de viu în pământ, băligar, cenuşă, nisip, tărâţe, făină, grâu, orz, ovăz, etc.** (2% din cazurile de pruncucidere). Copilul mai putând să respire chiar în acest mediu, *se găsesc pe căile aeriene, în stomac şi chiar în intestine, corpii streini ai mediului respectiv.*

E de remarcat că, în orice formă a sufocării, e greu să se facă diferențiarea unei asfixii criminale de una accidentală, mai ales când nu există semne externe trădătoare ale pruncuciderii premeditate. Căci, în ce privește *leziunile pulmonare*, acestea, examinate numai superficial, pot fi confundate cu acele notate în bronco-pneumonie, și în bronșita capilară; *diferențiarea o stabilește examenul histologic al plămânului*. — In al doilea loc, *echimosele sub-pleurale* și *sub-pericardice* se notează frecvent atât în moartea naturală a copilului cât și la fătul mort în timpul facerii (*Casper, Tarnier, Pinard; Balthazard* și *Lebrun* au examinat, în serviciul lui *Pinard*, plămânul unui copil care trăise două ore și au notat numeroase puncte echimotice sub-pleurale și sub-pericardice).

VII. **Asfixia cu oxidul de carbon, gazul aerian,** prin lăsarea copilului într'o cameră ermetic închisă.

4. **Inecare**

(20%—25% din cazurile de pruncucidere).

A. **In apă curgătoare, într'un lac sau basin, puț, canal** (cazuri mai rare).

B. **Intr'un recipient:** butoiu, găleată, lighean (copilul e intenționat născut peste recipient sau e ulterior aruncat în el).

C. **In băltăoaca formată de lichidul amniotic, lochii, urină.**

In submersiunea într'un lichid, repartiția corpilor streini suspendați în lichidul în chestiune nu e uniformă, ci variază după modificările histologice ale plămânului. In înecarea *post mortem*, dacă nu există o rană la laringe sau trachee, corpii streini nu pot ajunge până în fundul alveolelor (*Muller-Marchand, 1929*). Numai când lichidul e supus la o presiune mare (cum ar fi într'un canal), corpii streini suspendați în el pot pătrunde și într'un plămân fetal. Dimpotrivă, un lichid subțire poate oricând pătrunde în stomacul copilului mort. Excesiv îngroșat, lichidul nu poate pătrunde în plămânul și stomacul pruncului mort înainte de imersiune. — Copilul fiind găsit cu fața în jos, e exclusă pătrunderea *post mortem* în plămân și în stomac a corpilor streini din lichid.

Diagnosticul înecării va fi deci bazat pe:

1. *Identificarea*, în căile respiratorii (laringe, bronchii, plămâni) și în stomac, *a corpilor streini în suspensiune în lichidul de imersiune* (resturi animale, resturi vegetale, fire de nisip, pulbere de cărbuni, etc., elementele lichidului amniotic, ale lochiilor, ale urinei).

2. *Crioscopia sângelui* (Vezi Vol. I, pag. 455—459).

3. Se va încerca și *docimazia pulmonară*, deși — după cum observă și *Balthazard* — prezența apei în plămân mărește densitatea organului și-l face să cadă la fund, deși e aerat.

Aceste probe servesc numai la elucidarea chestiunii, dacă pruncul, în momentul când a fost aruncat în lichid, era viu sau deacum mort. Ele nu ne ajută, însă, spre a putea demonstra că moartea a fost accidentală (în facerea precipitată) sau criminală; la aceasta poate contribui numai anamneza.

D. In latrină. — Sunt întâiu de făcut deosebiri după felul latrinei:

I. *Latrina — o simplă groapă, insuficient acoperită* și cu o lunetă mare practicată în mijlocul podelii (latrinele rudimentare dela țară zise și turcești). Intr'o atare instalație, conținutul, prin evaporarea favorizată de contactul cu aerul, e mai mult sau mai puțin îngroșat, iar copilul aruncat e menținut, total sau parțial, la suprafață. Respirând, copilul aspiră sau nu, după poziția în care se află, din materia lichefiată ce se mai găsește în preajma lui. *Dacă nu aspiră,* moartea, provocată prin asfixia cu gazele mefitice, poate întârzia nu numai vreme de ore, ci chiar de zile (1. Vezi exemplele din Vol. I, pag. 504—505 „Viața fără respirație". — 2. Un copil, aruncat într'o astfel de privată, a supraviețuit patru zile —*Bayard.* — 3. Pruncul e aruncat în privată imediat după naștere. Regăsit viu a doua zi, e scos și strangulat — *Grzywo-Dobrowski,* 1928).

II. *Latrina rudimentară e acoperită,* dar, grație răsuflătorii, e mai mult sau mai puțin aerată, ceeace iarăș înlesnește într'o oare care măsură evaporarea părții lichide. Copilul poate cădea pe conul format de concentrarea fecalelor: cași în cazul întâiu, noul-născut poate să nu moară prin submersiunea propriu-zisă, ci numai prin asfixia cu emanațiunile deletere. — *Dacă vine în contact imediat cu un strat lichid,* se produce aspirația și deglutiția — moarte prin submersiune.

III. *Latrina rudimentară are, în prelungirea lunetei, un tub de scurgere, cilindric sau în formă de con trunchiat (pâlnie).* — Aruncat cu capul în jos, copilul poate rămâne prins la nivelul umerilor ori al toracelui: în cazul acesta moartea, mult întârziată, e consecutivă asfixiei prin gazele deletere.

IV. *Latrina e o instalație modernă, dar fără sifon (comunicație directă, verticală sau oblică, între cuvetă și tubul de scurgere).* — In cazul acesta sunt trei posibilități:

1. Diametrul tubului permite trecerea copilului și atunci acesta alunecă până'n fundul haznalei (moare înecat).

2. Tubul, prin diametrul său, e accesibil corpului pruncului, dar acesta se oprește la un cot al tubului (moare înecat în materiile fecale și în apa scursă peste el).

3. Diametrul tubului nu permite trecerea copilului și atunci acesta rămâne prins la nivelul orificiului inferior al cuvetei. (Numai când closetul rămâne condamnat, copilul moare asfixiat).

V. *Latrina e o instalație sistematică modernă* (cu sifon): copilul rămâne în cuvetă, la orificiul sifonului. Numai în cazul când closetul rămâne condamnat timp de câteva zile, copilul moare prin asfixie lentă.

Diagnosticul morţii în latrină. — 1. *In căderea pe conul format de materiile* fecale: rar se pot nota, *la exterior,* excoriaţiuni şi echimoze; *la autopsie,* se înregistrează numai semnele asfixiei.

2. *In căderea în lichid:* prezenţa fecalelor în căile respiratorii şi in tubul digestiv (cel puţin în stomac). Pe secţiunea unui fragment de plămân presat apar lumânărele de materii fecale. Leziuni cutanate şi osoase nu se observă, afară numai dacă ele datează din timpul expulzării ori imediat după naştere.

3. *Diferenţiarea unui copil în prealabil mort de unul aruncat viu.* — Chestiunea interesează mai ales când e vorba de o latrină primitivă, al cărei conţinut e expus unei mari presiuni atmosferice: prezenţa lichidului şi a materiilor fecale se poate atunci identifica şi într'un plămân atelectazic, iar nu numai în fosele nazale, în cavitatea bucală, în laringe şi trachee.

4. *Leziunile.* — Se face diferenţiarea: *a)* între o leziune vitală şi una *post mortem; b)* între o leziune fortuită — eroziunile şi fracturile consecutive alunecării şi isbirii — şi o leziune provocată (forţarea trecerii copilului prin luneta, pâlnia şi tubul latrinei). — *Trecerea forţată poate fi caracterizată prin: a)* escoriaţiuni superficiale, uneori însoţite de sufuziuni subcutanate sau chiar mai adânci la nivelul părţilor proeminente (bose frontale, parietale, occipitale; nas, bărbie, umeri, şolduri, genuchi, sacrum); *b)* fracturi craniene (mai ales la parietale); *c)* fracturi claviculare, sternale, ale coloanei vertebrale, ale membrelor; *d)* rupturi ale viscerelor.

5. *Diferenţiarea căderii în naşterea prin surpriză de pruncucidere.* — *a)* Absenţa bosei sanguine (dar nu e un semn sigur pentrucă, după cum am văzut mai sus, o atare bosă se poate produce şi după moarte). — *b)* Plămânul fetal: deasemenea semn precar, pentrucă, în timpul căderii şi chiar după aceasta, copilul poate să respire. — *c)* Singurul semn cu valoare diagnosticală e ruptura spontană a cordonului şi aderenţa placentei de cordon. — *d)* Dacă se poate face şi examenul mamei, se caută eventuala ruptură perineală (la o primipară) şi se stabileşte raportul între mărimea diametrilor cranieni şi mărimea diametrului biacromial pe deoparte şi dimensiunile strâmtorilor basinului pe de alta. (Numai când există o prea mare disproporţie în favoarea copilului, facerea precipitată poate fi considerată ca imposibilă).

Aceste semne de diferenţiare sunt aplicabile pentru submersiunea în orice mediu, atunci când mama invoacă circumstanţele facerii precipitate.

Durata şederii cadavrului în mediul de submersiune. — Problemă anevoios de rezolvat, pentrucă sunt atâţia factori cari pot deforma criteriul de apreciere:

1. *Marea putere de rezistenţă a copilului la mecanismul asfixiei* (propriile noastre observaţii notate în Vol. I şi mai sus pomenite, observaţia lui *Bayard* şi aceea mai recentă a lui *Grzywo-Dobrowski*).

2. *Succesiunea evenimentelor:* copilul e înecat întâiu într'o găleată, al cărei conţinut — cu prunc cu tot — e în urmă golit în haznaua latrinei, într'un canal, într'un pârâu, basin, lac.

3. *Rezistenţa copilului la efectele fracturilor craniene:* scos viu de pe fundul unei haznale, copilul, cu grave fracturi ale craniului, a supravieţuit 14 zile *(Jayet)*.

4. *Procesul putrefacţiei* are o alură mai înceată în conţinutul unei haznale decât în apă: şi se face cu atât mai încet, cu cât haznaua e mai la adăpost de acţiunea nemijlocită a aerului atmosferic. — In haznalele în cari nu se scurg decât lături, procesul putrefacţiei e extraordinar stânjenit, iar viscerele sunt mai mult sau mai puţin conservate: identificarea punctelor echimotice subpleurale după o şedere de 10 luni a cadavrului într'un astfel de mediu *(Tardieu)*.

Semnele generice ale asfixiei mecanice (strangulare, sufocare, înecare)

E incontestabil că semnele asfixiei — dintre cari unele (punctele echimotice) din cauza escesivei fragilităţi a pereţilor vaselor, sunt mai accentuate la noul-născut — au o deosebită valoare diagnosticală:

a. Echimozele se notează: 1. pe pleoape şi pe conjunctiva ochiului; 2. pe mucoasele laringelui şi ale tracheei; 3. pe mucoasa nasului; 4. pe thymus; 5. pe seroasele organelor toracice; 6. mai rar pe învelişul ficatului şi al splinei; 7. pe mucoasa stomacului şi a intestinului; 8. pe învelişul vesicei (mai rar).

b. Spuma consistentă, palidă şi abundentă în căile aeriene.

c. Edemul glotei. Adesea, însă, acest edem poate să se producă abea după terminarea procesului asfixiei, aşa că el nu trebuie luat drept un factor generator al acesteia.

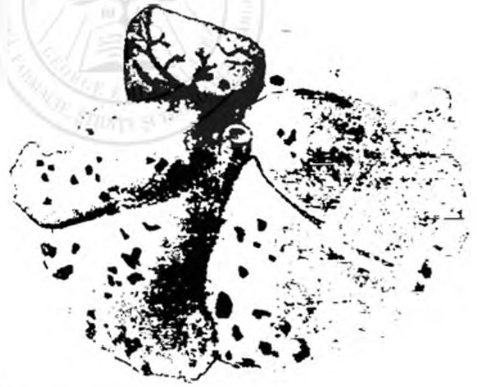


Fig. 62.— *Diagnosticul pruncuciderii.* — Semnele macroscopice ale asfixiei prin sufocarea unui nou-născut la termen: *petele echimotice ale lui Tardieu pe pleură, sub pericard şi pe suprafaţa thymusului.*

d. Edemul pulmonar frecvent în asfixia lentă a pruncului.

e. Emfizemul interstiţial în asfixia prin înăbuşire (cu o pernă sau cu o cuvertură) e notat de *Haberda* în obturarea parţială a căilor aeriene cu substanţele aspirate la naştere sau după naştere.

f. Cianoza buzelor uscate şi întărite nu e un semn de certitudine a morţii prin comprimarea gurii, deoarece se poate nota şi pe cadavrele expuse la soare timp de mai multe zile.

g. Turtirea buzelor şi a nasului, precum am spus-o, poate avea ca origine şi căderea copilului pe faţă, la naştere sau după naştere.

3. Fracturile craniene consecutive unor lovituri direct aplicate.

(Cu pumnul, cu piciorul, cu un corp contondent — băţ, lemn, cleşte, ciocan, tocul unei încălţăminte, muchie de topor, piatră, cărămidă; prin izbirea copilului de un zid, de un bolovan, de pământ, de o uşă, de o mobilă, de un gard, etc.; cu un instrument tăios ori înţepător; prin aruncarea copilului dela înălţime). — Statistica lui *Brouardel:* 21% din cazurile de pruncucidere.

Fracturile, mai ales când îmbracă forma unei adevărate zdrobiri a capului, se notează la oricare din oasele craniului. In loviturile fără o zdrobire care să intereseze întreaga cutie craniană, fracturile se găsesc de obiceiu la: 1) parietale (fracturi stelate cu razele pornind dela punctul de osificare şi cu numeroase fragmente de formă triunghiulară mai mult sau mai puţin regulată); 2) temporale: 3) occipital; 4) frontal.

Se mai notează, nu însă întotdeauna: 1) leziuni mai mari sau mai mici ale pielei capului (prin exostozele sub-pubiene): 2) rupturi ale periostului; 3) rupturi ale meningelor, cu hemoragie meningee; 4) strivirea parţială sau totală a creerului, cu focare hemoragice în profunzimea substanţei cerebrale şi bulbare.

Nu ajunge constatarea fracturilor, spre a se conchide la pruncucidere, ci **expertul trebue neapărat să facă diagnosticul de diferenţiare** prin:

I. *Identificarea formei obiectului cu care au fost produse fracturile.*

II. Verificarea posibilităţii ca fracturile să aibă drept cauză: a) *repercusiunea unei loviri suferite de mamă în timpul sarcinii* (vezi v. II. pag. 396 şi 403); b) *trecerea prin căile genitale* (vezi Vol. II. pag. 479); c) *un accident al naşterii* (facerea precipitată, căderea fortuită a copilului); d) *o intervenţie a moaşei sau a mamoşului.* — Atunci când se invoacă scuza căderii, e de observat — după cum o dovedeşte experienţa lui *Haberda* — că o zdrobire a capului nu e de admis decât dela o înălţime de minimum 3 m. (Craniul zdrobit în aruncarea copilului dela al 4-lea etaj—*Grzywo-Dobrowski*, 1928).

III. *Deosebirea fracturilor de fisurile congenitale* (Vezi Vol. II, pag....)

IV. *Deosebirea pierderilor de substanţă de lacunele de osificare* (vezi vol. II. pag. 480).

V. *Caracterizarea eventualelor fracturi post-mortale* (fie în căderea cadavrului, fie în timpul transportului, fie după dosirea lui, după o moarte de altă natură).

VI. *Revărsări sanguine* (cu cheaguri mai mult sau mai puţin numeroase) *în cavitatea craniană:* la nivelul meningelor şi în substanţa cerebrală. Prezenţa acestor extravazate, chiar în putrefacţia înaintată, trădează caracterul vital al fracturilor. Un sânge necoagulat indică fracturile post-mortale. — Să nu se uite, însă, că hemoragii meningee şi cerebrale se pot produce şi spontan, îndeosebi la pruncul prematur *(Couvelaire).*

Hemoragia intracraniană poate fi consecutivă şi unei manopere externe a mamoşului sau a moaşei care a practicat versiunea (observaţia lui *Naujoks,* 1929). Hemoragia aceasta mai poate fi datorită sifilisului congenital (*Voron, Pigeaud,* 1928).

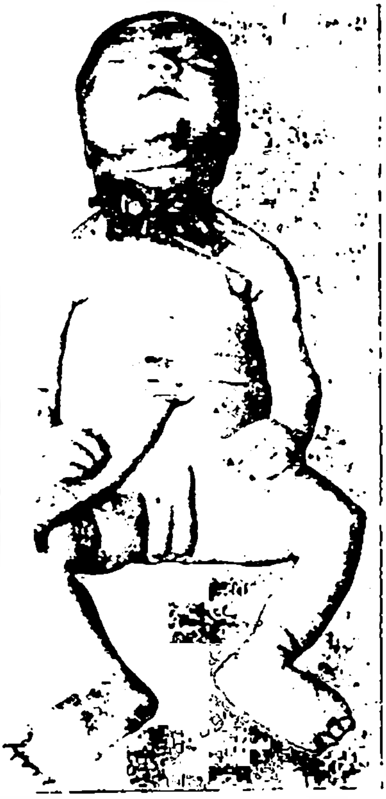


Fig. 63. — *Diagnosticul pruncuciderii.* Cadavru de nou-născut la termen, omorât prin secţionarea gâtului.

6. Smulgerea cordonului ombilical

Moartea e provocată de eventuala hemoragie (vezi „Hemoragia ombilicală" vol. II, pag. 495).

7. Răni făcute cu instrumente tăioase

(Cuţit, briceag, foarfece, satâr, secure, etc.):

a) Implântarea cuţitului sau a foarfecelor în gât, piept, abdomen.

b) Secţiuni profunde cu cuţitul, satârul, securea, la cap, în regiunea gâtului, pe membre.

8. Decapitarea

(Cu cuţitul de bucătărie cu satârul sau cu securea).

Procedeu de pruncucidere extrem de rar, dar totuşi se înregistrează cazuri.

9. Amputarea membrelor

(Cu satârul, securea).

10. Depasajul

Sunt excepţionale cazurile de ciopârţire a trupului copilului viu; dar chiar atunci când se'ntâmplă, nu avem a face cu depesarea unui corp viu, pentrucă dela prima lovitură (de cuţit, satâr, secure) pruncul a murit. — *a) Balthazard* citează cazul unor ţărance franceze cari, la instrucţie, au mărturisit de a fi ciopărţit pruncii, aruncând apoi fragmentele, să le mănânce porcii. — *b)* O observaţie dela noi. Primarul unei comune din judeţul Putna, în trecerea lui prin sat, vede cum un câine sfârşise aproape de mâncat cadavrul unui copil lepădat pe un maidan; împuşcă animalul; îi scoate stomacul pe care-l trimite Institutului Medico-Legal din Bucureşti. Examenul părţilor din copil găsite în stomacul câinelui ne-a îngăduit să constatăm că pruncul se născuse la termen şi respirase.

11. **Inţepături mortale**

(Cu cuţitul, briceagul, foarfecele, sula, acele de pălărie, etc.).

a) Infigerea unui ac lung în fontanelă (*Brouardel, Balthazard*: o moaşă din Aveyron-Franţa se „specializase" în acest procedeu de suprimare a noului născut).

b) Infigerea unui ac în măduva prelungită (*Brouardel*).

c) Infigerea unui ac de pălărie în inimă, tâmplă, ceafă (*Thoinot*).

Diagnosticul diferenţial (rănile cu instrumentele tăioase şi inţepătoare, amputările):

1. *Identificarea, după forma şi adâncimea rănii* — tăitură, înţepare — *a instrumentului* de care s'a servit pruncucigaşa.

2. *Diferenţiarea rănii vitale de cea post-mortală* (aspectul buzelor rănii, prezenţa sau absenţa extravazatului sanguin, prezenţa sau absenţa de cheaguri în sângele din rană).

3. *Aspectul amputaţiunii congenitale* (prin fire sau ansă amniotică), pentru deosebirea de o amputaţiune după naştere.

12. **Opărirea**

a) Se toarnă peste copil conţinutul unui vas cu apă clocotindă.

b) Copilul e aruncat într'o bae fierbinte (ca pruncucigaşa să poată invoca scuza imprudenţei sau a ignoranţei).

c) Noul-născut e aruncat într'un recipient cu apă în clocote (cazanul de rufe, de exemplu).

Diagnosticul: 1) pielea băşicată; beşicile se diferenţiază de cele ale pemfigusului (sifilisul congenital) prin aceea că sunt cu mult mai mari ca acestea din urmă; 2) uneori plămânul e neaerat (*Tardieu*).

13. **Combustiunea**

Deşi foarte rară cu copilul viu, dar totuş s-au inregistrat cazuri. Prezenţa funinginei ori a cenuşei în trachee şi bronchii indică neîndoios că pruncul a respirat. — Arderea cadavrului copilului în prealabil asfixiat (strangulare, sufocare, inecare), ori ucis în alt fel (fracturi craniene, răniri cu un instrument tăios ori inţepător, decapitare, amputare, depesaj) se notează, în schimb, destul de frecvent. (Experienţele lui *Brouardel* şi *L'Hôte* au arătat că, într'o sobă sau într'un cuptor cu un tiraj bun, cadavrul unui prunc poate fi consumat in 3—4 ore, fără ca prin coş să se degajeze vreun miros de natură a atrage atenţiunea vecinilor ori a trecătorilor).

In combustiunea complectă nu se mai pot identifica, în cenuşă, decât diafisele osoase. In arderea complectă (găsirea unui cadavru de copil parţial carbonizat, ulterior ingropat —*Beothy*—1928), se mai poate identifica ori corpul întreg, ori părţi însemnate ale acestuia.

I. Examenul plămânului unui cadavru carbonizat. — 1. **Copilul a respirat, a fost întâiu omorît şi apoi ars (însă nu până la complecta consumare): sub acţiunea unei flăcări prelungite** din aerat ce a fost plămânul *poate deveni* neaerat (*Brouardel, Montalti*), dar părţi din el pot fi cruţate de flacără.

2. Părţile necarbonizate ale plămânului aerat sunt brune, compacte şi friabile; în *docimazia hidrostatică*, se scufundă. — *La microscop,* alveolele se găsesc destinse, umplute cu o substanţă granuloasă, parţial filamentoasă (*Pietrusky*, 1925). Acelaş semn il indică şi *Beothy* (1928).

Olbrycht (1929), dimpotrivă, pe baza experienţelor făcute susţine că un fragment de plămân, carbonizat până la o profunzime de 2—7 mm., pluteşte, pe când fragmentul numai pârlit cade la fund. Şi explică astfel fenomenul: deşi plămânul carbonizat s'a golit de aer, totuş vaporii şi gazele formate de acţiunea prelungită a flăcării provoacă o dilatare a parenchimului pulmonar, ca la un plămân emfizematos. — *La microscop,* bronchiile şi alveolele, bine dilatate, conţin globule de sânge, fire de cărbune şi particule amorfe, cari însă nu pot fi identificate ca elemente ale lichidului amniotic. *De unde urmează că nici proba hidrostatică, nici cea histologică nu au o valoare diagnosticală, spre a se putea conchide cu certitudine dacă, înainte de combustiune, copilul a respirat ori nu.* Aceasta o recunoaşte şi *Pietrusky* care, dându-ne imaginea unui fragment de plămân neaerat (*aspect şi consistenţă* identice ca ale plămânului aerat; *la examenul histologic:* zone cu grămezi de celule epiteliale alveolare, intre cari apar globule roşii şi ser: zone cu cavităţi umplute cu un edem de combustiune, în cari se găsesc resturi de fibre elastice; însfârşit, zone cari seamănă cu acele ale unui plămân aerat), conchide: **combustiunea poate simula sau o respiraţie intensă sau un emfizem de putrefacţie.**

II. Aspectul intestinului: sub acţiunea căldurii, intestinul deşi neaerat, are aspectul unuia aerat.

III. Aspectul leziunilor post-mortale: modificările suferite nu sunt de natură a justifica o confuzie cu aspectul leziunilor vitale. Pietrusky vede totuşi un semn de oarecare valoare diagnosti-

cală în hematomul extra-dural şi în revărsarea unui lichid sanguinolent în canalul rachidian.

14. Omisiunea conştientă, voită de a se da copilului îngrijirile necesare

(10% din cazurile de pruncucidere).

Se notează sub următoarele forme:

a) *Nelegarea cordonului tăiat:* consecinţa e hemoragia ombilicală, însă nu întotdeauna.

b) *Omisiunea de a sparge membranele, atunci când copilul se naşte cu ele intacte:* asfixie prin sufocare.

c) *Neînlăturarea fragmentelor de membrane depe fosele nazale şi gură:* asfixie prin sufocare.

d) *Necurăţarea gurii şi a gâtlejului de mucozităţile fetale îngrămădite în ele:* asfixie prin sufocare.

e) *Nedesfacerea din timp a circularelor cordonului:* asfixie prin strangulare.

f) *Lăsarea copilului cu faţa în jos, aşa cum a căzut în momentul expulzării:* asfixie prin sufocare ori asfixie prin înecare (atunci când a aspirat din băltoaca formată de lichidul amniotic, lochiile şi urina).

g) *Inaniţia prelungită* (noul-născut poate trăi câteva zile fără hrană).

h) *Expunerea la o temperatură escesivă,* fie un frig prea mare, fie o căldură dogoritoare. In *moartea prin frig:* edem pulmonar; plămânul îngheţat, chiar neaerat, pluteşte. In *moartea prin căldura escesivă:* emfizem pulmonar.

i) *Expunerea la un puternic curent de aer:* congestiune pulmonară.

15. Otrăvirea

Fie prin amestecul substanţei toxice în laptele din biberon ori în lichidul îndulcit ce se dă copilului cu linguriţa; fie prin stoarcerea în gura pruncului a unui burete ori a unei cârpe îmbibate într'o soluţie caustică sau într'o altă soluţie toxică; fie, însfârşit, prin introducerea directă a substanţei toxice în gura copilului.

Deşi pruncuciderea prin otrăvire e extrem de rară, totuş nu lipsesc exemplele: a) *cu sulfat de cupru* (Haberda); b) *cu strichnină* (Fuhrer); c) *cu clorură de calciu (Kob); d)* cu gămălii de chibrituri (intoxicaţie fosforică).

Ungar atrage atenţia asupra posibilităţii ca urmele de substanţă toxică, găsite la autopsie, să aibă ca origine o transmisiune placentară, în cursul vieţii intra-uterine. Posibilitate nu numai întrevăzută dar chiar argumentată încă deacum 85 ani de către *Audouard* care, în 1845, a demonstrat că, atunci când moartea mamei intoxicate nu e rapidă, otrava (sărurile solubile) trece în placentă şi de aci la făt. O analiză chimică, făcută un an după aceea, (după autopsia unei gravide căreia i se administrase arsenicul ca substanţă abortivă) a identificat urmele toxicului nu numai în uter, *ci şi în placentă şi la făt,* nu însă şi în lichidul amniotic („Gazette des Tribunaux", 1846).

Cercetările de laborator mai noui şi îndeosebi acelea din anii din urmă ale lui *Becadelli* (experienţe cu femele de animale grele, cărora le-a administrat mercur sau arsenic), fără a dărâma concluziunile lui Audouard, reduc însă valoarea cantitativă a transmisiunii pe calea circulaţiei placentare. In adevăr, s'a constatat că *din cantitatea receptată, placenta nu cedează fătului decât o parte, care rare ori atinge jumătatea.* Se poate chiar întâmpla ca, atunci când moartea mamei e rapidă, *toxicul să nu se regăsească deloc în făt* (ceeace confirmă observaţia lui *Keber*—1863: gravida a murit după 50 ore şi, deşi arsenicul a putut fi identificat în stomac, intestine. ficat şi rinichi. *la făt nu s'a găsit nici o urmă cât de slabă a toxicului).*

Ziemke (în „Ueber den Durchgang des Arsens durch den Placentarkreislauf" — 1929) punând la punct nu numai laturea teoretică dar şi cea experimentală a chestiunii. nu se mulţumeşte să verifice concluziunile înaintaşilor. ci le precizează:

1. In teorie, transmisiunea pe cale placentară e o deducţiune logică:

a. *Pentru substanţele toxice volatile:* după cum pereţii capilarelor placentare sunt permeabili atât pentru oxigenul extras din sângele mamei. cât şi pentru acidul carbonic fetal eliminat mai departe prin circulaţia mamei. tot astfel pereţii acestor capilare sunt permeabili pentru receptarea substanţelor volatile. cum ar fi oxidul de carbon. cloroformul şi eterul. (De notat deci: un anestezic. atunci când e rău administrat gravidei. poate să se transmită fătului. cu o mai mare sau mai mică vătămare).

b. *Alte substanţe toxice* (săruri. hidraţi de carbon. fier, bacterii. albumine). deşi în marea lor majoritate sub o formă modificată. trec şi ele în circulaţia placentară.

2. In practică (examenul chimic). — *a.* In prealabil e de remarcat. că procentul de toxic prelevat de placentă şi. în urmă, parţial cedat fătului nu trebue calculat în funcţiune de întreaga doză luată de mamă. pentrucă. prin spălături stomacale şi defecaţie. o parte din substanţa ingerată de gravidă sau administrată acesteia pe altă cale, e eliminată înainte de a se produce absorbţiunea placentară. Absorbţiunea fetală e sub 1% din cantitatea totală regăsită la mamă

Transmisiunea pe calea circulaţiei placentare nu e constantă nici chiar pentru aceeaşi substanţă toxică; ea depinde: 1. de capacitatea de difuziune a toxicului; 2. de gradul de descompunere a toxicului în organismul mamei şi de transformarea lui în combinaţiuni inofensive; 3. de cantitatea reţinută de anumite organe, cum ar fi ficatul; 4. de starea generală a mamei.

b. Substanţa toxică, transmisă fătului, se regăseşte şi în lichidul amniotic (identificarea aceasta din urmă n'o putuse face *Audouard).*

c. Calculele făcute pentru intoxicaţia gravidei cu *arsenic* arată că. faţă de 195.9 mgr. repartizate la diversele organe ale mamei (în ordinea importanţei cantitative: rinichii. ficatul, intestinul subţire. stomacul şi intestinul gros). placenta a reţinut 3.81 mgr. (inclusiv cele 0.2 mgr. din cordonul ombilical).

iar copilului i-a cedat numai 1,32 mgr., adică 35%. — Cantitatea din lichidul amniotic e aproape imperceptibilă: 0,1 mgr.

d. Față de cantitatea regăsită în organele mamei, cea transmisă copilului e deabea 0,07%. De unde urmează că, atunci când doza luată de mamă e cu mult inferioară celei letale (100—200 mgr.), transmisiunea prin circulația placentară devine cu totul neînsemnată și, ca atare, absolut inofensivă.

e. Transmisiunea nu e constantă.

3. Examenul mamei

Atunci când instrucția pune la dispoziția expertului și pe femeea indicată a fi autoarea pruncuciderii, examenul mamei reale sau numai prezumate se impune din considerațiunile expuse la începutul subdiviziunii „Diagnosticul": dovada anatomică a facerii, starea fizică și mintală a parturientei.

I. Dovada facerii

Se procedează așa cum am arătat la capitolele „Avortul" și „Facerea".

II. Starea fizică și mintală

a) Urmărită pentru pruncucidere prin omisiune de îngrijiri datorite pruncului la naștere, femeea poate invoca: 1) starea ei de epuizare; 2) o sincopă prelungită; 3) o turburare mintală trecătoare (în facerea precipitată); 4) ignoranța (în facerea prin surpriză în somn, într'un atac epileptic).

b) Pruncucigașa își mărturisește crima, dar se invoacă în apărarea ei absența discernământului: 1) alienație mintală permanentă sau periodică; 2) psichoză puerperală.

Expertul cântărește toate argumentele în descărcare și conchide fie pentru respingerea lor, fie pentru admiterea lor integrală sau numai parțială (iresponsabilitate sau numai responsabilitate atenuată).

DIVIZIUNEA II.

VĂTĂMAREA SĂNĂTĂŢII, INCAPACITATEA DE LUCRU ŞI SUPRIMAREA VIEŢII

„Faptul de *a lovi sau răni cu voinţă*" — mortal ori nu — „o persoană sau *a-i cauza*" — indiferent de mijloacele întrebuinţate, direct ori indirect — „orice alte leziuni corporale" (mortale ori nu) — inclusiv turburărilor nervoase, mortale ori nu, trecătoare ori permanente — „se pedepseşte, după împrejurarea şi gravitate — „ca crimă, ca delict sau ca contravenţie" *(art. 238 c. p.)*.

Mutilarea în scopul de a se sustrage dela datoria serviciului militar e un delict calificat şi aceeaş pedeapsă, imprescriptibilă, loveşte atât pe cel mutilat cât şi pe mutilatorul complice *(art. 191 c. p.)*

Delict mai e *tăinuirea cadavrului unei persoane omorâte sau moarte* în urma unei loviri sau răniri *(art. 285 c. p.)*.

Tot delict e *profanarea cadavrelor*, — delict precizat în proectul de modificare a codului *(art. 477)* şi care, pe cale de interpretare, se poate deduce şi din redacţiunea *art.* 286 din legea penală în vigoare: „Oricine violează mormintele sau comite acte de profanaţiune asupra lor".

Insfârşit, prin definiţiunea dată prin *art. 38 c. p.*, medicul, moaşa, farmacistul, empiricul sau orice altă persoană răspunzătoare de încercarea unui avort criminal, poate fi urmărită pentru *tentativă de crimă*.

In afară de sancţiunea penală, există şi aceea a despăgubirilor civile, al căror quantum e de fixat după gravitatea faptului medical: 1. pentru urmările unei loviri, răniri sau intoxicaţiuni voluntare ori involuntare, deci şi ale unui accident datorit neglijenţei sau imprudenţei; 2. pentru urmările delictului sau crimei comise de un minor (şcolar sau ucenic), de un servitor sau de un prepus al stăpânului sau patronului; 3. pentru urmările unei muşcături ori loviri date de un animal; 4. pentru urmările unei năruiri parţiale sau totale a unei clădiri *(art. 998—1003 c. c.)*.

Legea pentru organizarea meseriilor, creditului şi asigurărilor muncitoreşti prevede, în caz de boală profesională ori de accident de muncă, obligaţiunea patronală de a da îngrijire medicală, ajutoare băneşti temporare, rentă de invaliditate parţială sau totală, pensiune în caz de moarte *(art. 114, 117, 119, 125, 141, 142* şi *143)*.

O jurisprudenţă *(Cas., S. II, 24 Martie 1897)* statorniceşte, însă, că *nu există* incapacitate de lucru în spiritul legii, atunci *când această incapacitate nu e o urmare directă a gravităţii loviturii, ci e de atribuit stării patologice în care se găsia victima în momentul agresiunii*. „Numai medicul este competinte să se pronunţe asupra gravităţii loviturilor, *dacă ele sunt de natură a produce o incapacitate de lucru*" (Cas., S. II, 18 Noembrie 1883). — „Dacă, *după părerea medicului* loviturile ar fi fost atât de grave *încât pacientul are nevoie de o căutare de 10—15 zile*, delictul intră în prevederile art. 239 c. p." *(Cas., S. II, 14 Decembrie 1892)*.

Nu este nici crimă nici delict, când acela care a săvârșit omorul, rănirea sau lovirea a fost silit la aceasta de necesitatea actuală a legitimei apărări *(art. 256—257 c. p.)*. Medicul va demonstra dacă există urme de violență la persoana care reclamă beneficiul legitimei apărări.

Legea, doctrina și jurisprudența — condiționând sancțiunea și gradul acesteia de trei elemente (realitatea faptului medical, natura și urmările lui) — ne indică, prin aceasta, și planul logic de tratare, în aplicațiunea practică, a vastei diviziuni a științei medico-legale, pe care am intitulat-o: vătămarea sănătății, incapacitatea de lucru și suprimarea vieții. Procedând sistematic, vom face întâiu examenul somatic și psichic al individului și autopsia complectă a cadavrului, cu determinarea regiunii atinse și a naturii leziunii sau afecțiunii; în al doilea rând vom interpreta importanța faptului medical, spre a avea astfel elementele de apreciere în ce privește consecințele imediate sau tardive; în sfârșit, vom căuta să demonstrăm existența sau inexistența unei corelațiuni directe între efect și cauză (delictul, quasi-delictul și crima cari formează obiectul cercetărilor judecătorești).

PARTEA I

EXAMENUL INDIVIDULUI

CAP. I

MISIUNEA EXPERTULUI

Misiunea expertului e multiplă. I se pune sau își pune singur o serie de chestiuni înlănțuite, pe cercetarea și soluționarea totală sau parțială a cărora își bizue concluziunile demonstrațiunii sale de aplicațiune practică a științei medico-legale. In ordinea examinării individului, chestiunile acestea sunt:

I. EXAMENUL LOCULUI unde s'a petrecut faptul delictuos; examenul hainelor (vezi: „Technica expertizei", *vol. I, pag. 352—378)*.

II. IDENTIFICAREA PERSOANEI DE EXAMINAT: victima și autorul sau autorii. *(Vezi: vol. I, pag. 397, 517-519; vol. II*, „Identitatea").

III. Natura leziunii sau a afecțiunii

Examenul acesta ne permite să determinăm precis sau numai în oarecare măsură felul în care a fost cauzată leziunea sau afecțiunea; felul cum a fost mânuit corpul vulnerant sau substanța otrăvitoare; uneori ne îngăduie și deducțiuni asupra îndeletnicirii persoanei sau persoanelor răspunzătoare. Așa de exemplu, un măcelar, un autopsier, un student în medicină, un medic, în caz de tăietură, depesaj, prin aspectul rănilor cauzate, lasă, ca să zicem așa, carta de vizită a autorului. (Cazul relatat de *Taylor:* o soră de caritate, după ce a ucis o persoană, i-a închis ochii — pentrucă aceasta era în deprinderea ei și a făcut-o și de data aceasta, fără să-și dea seama). — Dacă victima a fost în prealabil legată, trebuesc examinate *nodurile*, pentrucă forma acestora poate indica îndeletnicirea autorului (există noduri profesionale).

Leziunea arată nu numai locul traumatizat, dar și *felul corpului sau al substanței vulnerante*. Așa, simple excoriații, numai după forma și dispoziția lor, indică dacă ne găsim în fața unei lovituri, a unei strangulări sau a unei sufocări.

Forma leziunii e un element diagnostical în ce privește instrumentul vulnerant. Înțepătura, de exemplu, se prezintă ca o rană de dimensiuni variabile în ce privește orificiul ei și a cărei formă poate fi circulară, ovalară, triunghiulară, pătrată, dreptunghiulară, liniară, neregulată. — Tăietura are, de regulă, înfățișarea unei răni liniare, cu marginile net secționate. — Contuzia are aspectul unei striviri de o întindere și adâncime variabilă.—Un proectil cauzează o rană caracteristică.—Examinând forma particulară a unei contuzii, *Ziemke* a putut stabili că ea e efectul compresiunii exercitate de o cataramă.

Determinarea corpului vulnerant e anevoiasă, atunci când, la examen, rana e deacum suturată sau cicatrizată. Deasemenea nu mai putem decât cu greu sau chiar de loc să identificăm substanța toxică, dacă intervalul a fost suficient pentru eliminarea complectă a otrăvii și nu mai subsistă nici simptomele obiective ale intoxicațiunii.

Expertul servindu-se la nevoie de fotografie, radioscopie și radiografie, notează: 1. situația exactă a leziunii în regiunea examinată (sus, jos, în dreapta, în stânga, în mijloc, într'un colț); 2. felul leziunii; 3. aspectul, forma, dimensiunile și direcțiunea ei; 4. aspectul zonei periferice.

Deasemenea, poate uza de puncția lombară și de examenul urinei, al puroiului, al sângelui.

Insfârșit, notează starea generală a persoanei examinate.

Grație acestei cercetări atente se pot rezolva probleme medico-legale cari, la prima vedere, apar insolubile. Un exemplu (observația lui *Hesselink*—1929): grație fotografiei mărite a leziunii craniene s'a putut preciza matematicește, că instrumentul de care s'a servit agresorul avea o suprafață vulnerantă de 2 cm. pe 3 cm., și nu una de 2 cm. pe 4 cm. cum arăta instrumentul aparținând persoanei bănuite.

IV. Dacă leziunile sunt reale, camuflate sau simulate; dacă afecţiunile sunt reale sau simulate

(Vezi: *vol. I*, pag. 355-356; 367; 369; 846 şi 851. — Vezi şi cap. „*Simularea*", vol. II).

Nu odată se notează, de exemplu, o hemoragie intermeningee şi o contuzie a scoarţei cerebrale, fără să se identifice leziuni pericraniene şi craniene (o observaţie a lui *Nippe* 1926, într'o călcare de automobil).

V. Dacă lovitura a fost violentă; dacă doza toxică a fost mare sau mică

In ce priveşte rănile, procedeul examenului diferă, după cum e vorba de o persoană vie ori de un cadavru. In prealabil e de observat, că nu întotdeauna adâncimea leziunii e în funcţiune de însăş violenţa traumatismului (cu cât instrumentul e mai tăios şi mai greu, cu atât pătrunde mai profund în ţesuturi, fără să fie nevoie de o presiune excesivă). — Mai e de observat că, atât pe omul viu cât şi pe cadavru, garda instrumentului vulnerant (tăitură, înţepătură cu cuţit, pumnal, etc.) cauzează o depresiune tegumentară, ceeace măreşte adâncimea rănii.

a) **Persoana vie.** — Examenul nu poate fi decât superficial, sondarea putând eventual provoca o infecţiune.

b) **Cadavrul.** — După examenul exterior, rana e explorată prin sondaj, cu sonde de cauciuc, iar nu de metal. Eroarea de interpretare poate fi datorită putrefacţiei care măreşte grosimea ţesuturilor interesate.

⁂

In ce priveşte doza substanţei toxice, trebue să se ţină seama de idiosincrazie şi de anafilaxie, de starea patologică preexistentă.

VI. In ce direcţie a fost dată lovitura

Expertul va determina atitudinea în care se găsea victima şi poziţia respectivă a acesteia şi a agresorului sau agresorilor (vezi „Technica expertizei", vol. I, pag. 352-378). Se poate cu chipul acesta să se demonstreze şi identitatea autorului (dacă e stângaciu sau dreptaciu, sau dacă se serveşte cu aceeaş uşurinţă de ambele mâni).

VII. Dacă rănirea, otrăvirea, înecarea şi moartea victimei au fost ori nu precedate de luptă

Indicaţiunile ni le dau: urmele de violenţe depe hainele şi corpul atât ale victimei cât şi ale autorului sau ale autorilor; examenul petelor şi al părului (vezi: „*Expertizele*", vol. I).

VIII. Dacă sunt mai multe leziuni, să se determine ordinea în care au fost cauzate

Unele observaţii sunt clasice: *Tardieu* a notat pe corpul unei victime 100 răni făcute cu foarfecele; cadavrul ducesei de Praslin avea, la cap, 30 răni de natură diferită (contuziuni şi tăeturi).

Elementele diagnosticale sunt acestea:

1. Dacă există mai multe răni cu hemoragie notabilă, cele cu hemoragia mai abundentă au fost făcute mai întâiu.

2. Dacă sunt făcute cu acelaş instrument, leziunile cu forma neregulată au fost făcute în urmă (explicaţia trebue căutată în tocirea cuţitului, a pumnalului, etc.).

3. O rană osoasă, în care s'a tocit vârful instrumentului, e după toate probabilităţile, cea din urmă.

4. Atunci când două răni făcute cu un instrument tăios se încrucişează, se poate, apropiind succesiv buzele uneia şi ale celeilalte, să se determine prioritatea. Dacă se lipesc întâiu buzele uneia din răni, buzele celeilalte nu se mai lipesc; rana, ale cărei buze se lipesc, e prima făcută (demonstraţia lui *Chavigny)*.

5. Dacă, la craniu, se notează două fracturi, aceea cu radiaţiunile complecte e anterioară celeilalte.

6. Rănile agonice, produse prin cădere, sunt consecutive leziunilor cari au provocat moartea.

7. Rănile de apărare sunt în genere prezumate ca fiind anterioare rănilor mortale.

IX. Dacă rana sau intoxicaţia a putut cauza boala

Care anume rană în caz de leziuni multiple: ce anume doză din substanţa toxică.

Corelaţiunea între rană şi intoxicaţia deoparte şi boala de alta se determină prin importanţa leziunii, gradul hemoragiei şi efectele intoxicării. Indeosebi, prognosticul leziunilor interesând capul trebuie să fie foarte rezervat, nu numai pentrucă gravitatea lor depinde de constituţia şi starea generală a individului, dar şi pentrucă efectele pot fi foarte tardive. E însă de observat, că starea patologică prezentă poate fi şi efectul unei complicaţiuni neevitate prin omisiunea sau întârzierea tratamentului apropriat al leziunii.

In boala consecutivă unei infecţiuni a rănii, se poate întâmpla ca microbii să nu se găsească deloc pe rana vindecată ori nu, iar infecţiunea cu purulenţă să se desvolte în adâncime. Expertul ţine seama de intervalul scurs între traumatism şi isbucnirea infecţiunii. — La un individ în prealabil infectat, traumatismul joacă rolul unui agent de agravare şi de generalizare a infecţiunii.

Infecțiunea organelor interne, cu sau fără existența unei leziuni exterioare pe corp, poate fi efectul unei transmisiuni de vecinătate (peritoniul contaminat dela stomac și intestine; meningele prin infecțiunea propagată prin nas și sinusurile vecine; infecțiunea creerului prin propagarea dela nas la ureche; infecțiunea pleurei prin contaminarea dela bronchii și plămâni).

Bolile prin repercursiunea efectului traumatismului: pneumonia se pronunță la oameni mai în vârstă, cu cordul slăbit; pneumonia de deglutiție e consecutivă unui traumatism cranian sau unei intoxicări; pleurita e consecutivă unei grave contuziuni a peretelui toracic.

Dintre tumori, acele cărora de preferință li se recunoaște o origine traumatică sunt *sarcomul* și *gliomul*. — In ce privește *endoteliomul* durei-mater, acesta se notează uneori, după trecere de ani, în zona traumatizată a creerului. — In caz de *cancer* existent, traumatismul poate provoca metastaza.

X. Determinarea cauzei bolii

Dacă nu are posibilitatea să demonstreze raportul direct sau indirect (efectul la distanță, prin repercursiune) între faptul medical și cauza incriminată, expertul se va strădui să extragă din examenul său cel puțin elementele de oarecare certitudine, cari să-l indrituească de a conchide la posibilitatea unei legături de cauzalitate.

Despre bolile *centrilor nervoși*, ale *aparatului respirator*, ale *tubului digestiv*, ale *aparatului circulator*, ale *pielei*, *mușchilor*, *tendoanelor și nervilor*, ale *oaselor*, ale *aparatului genito-urinar*, ale *glandelor digestive*, ale *splinei* vorbim atât la examenul somatic general cât și la localizarea leziunilor și afecțiunilor pe diversele segmente mari ale corpului.

1. DIABETUL TRAUMATIC. O primă indicație: nu trebue confundat cu diabetul o ușoară glicozurie trecătoare care (în gravele traumatisme ale capului) se manifestă în 8—12 ore după traumatism și, în caz de supraviețuire, dispare în 5—8 zile. Apoi, precum explică *Marcel Labbé* (1929), în observațiunile'i critice prezintate asupra celor două cazuri publicate de *Rousselier* în „Annales de Médécine Légale" (Decembrie 1928), *abea poate fi calificată glicozurie prezența unei cantități de glucoza inferioară proporției de 1 gr. la un litru de urină.* In al treilea loc, chiar o glicozurie verificată (prin analiza substanțelor reductrice identificate în urină prin dozarea acetonei) nu are tipul diabetulului caracterizat, deoarece, tot cu invocarea autorității lui Marcel Labbé, nu odată putem nota glicozurii cari, avându-și originea în turburări funcționale ale ficatului sau ale glandelor endocrine, apar în cursul unor infecțiuni, în cursul sarcinii. Singurul mijloc de confirmare a turburării diabetice e proba hiperglicemiei, prin ingerarea glucozei. Concluziunea învățatului francez e că, fără a tăgădui posibilitatea unui diabet traumatic — eventualitate aproape excepțională, procentul fiind de maximum 2—5% din cazuri — trebuește în prealabil stabilit, dacă nu cumva traumatizatul nu avea o predispoziție diabetică, prin excese de tot felul, dintre cari cele

alimentare sunt cauza generatoare de predilecție a bolii. Numai când ne aflăm în prezența tabloului clinic al diabetului, iar anamneza exclude orice posibilitate de preexistență latentă, și dacă simptomele specifice au apărut brusc, în câteva zile, maximum câteva săptămâni dela producerea cauzei incriminate, putem conchide la diabetul de origine pur traumatică. Deaceea nu putem lua drept diabet de atare origine cel notat în unele din observațiile lui *Brouardel* și *Richardière* și care a isbucnit la 5 luni dela traumatism, și cu atât mai puțin putem ține seama de observațiile lui *Ferichs*, cu deslănțuirea și mai tardivă a infecțiunii zaharate — după 4 ani. Dealtfel, din cele 25 observații ale lui *Brouardel*, în 20 diabetul s'a manifestat în mai puțin de 8 săptămâni.

In ce privește patogenia diabetului traumatic e demonstrat, pe baza observațiunilor făcute, că boala e consecutivă mai ales leziunilor sau șocurilor cari interesează craniul (fruntea, vertexul, tâmplele, occiputul), abdomenul, coloana vertebrală, membrele.

Din cele expuse reiese că, *după intervalul în care se produce*, putem avea de deosebit:

a) Diabetul precoce, care se pronunță în primele zile dela traumatism și al cărui prognostic e din cele mai favorabile.

b) Diabetul tardiv, care nu apare niciodată înainte de o lună, dar al cărui prognostic poate fi din cele mai îngrijorătoare.

⁂

Complicațiunile acestuia din urmă pot fi:

1. *Cutanate* (diabetide): mâncărime, eczema, antrax, balanită, gangrena uscată sau umedă a membrelor.
2. *Pulmonare:* tuberculoza, bronco-pneumonia, gangrena pulmonară.
3. *Cardiace:* colaps cardiac.
4. *Digestive:* anorexie, stomatită, faringită, turburări gastro-intestinale, vărsături, diaree.
5. *Renale:* albuminurie.
6. *Nervoase:* turburările mersului cu incoordonare și abolirea reflexelor (simulând tabesul), hemiplegia, convulsiunile, nevralgiile tenace, turburările trofice („mal perforant plantaire").
7. *Oculare:* cataracta, hemoragiile retiniene, retinita, neurita optică.
8. *Coma diabetică* fatal mortală.

⁂

După persistența infecțiunii distingem:

Diabetul acut, care e o formă a diabetului precoce sau tardiv, dispare în maximum câteva luni, fără a lăsa nici o urmă; numai excepțional e letal. (1. La 8 zile dela traumatism — un accident de automobil — se identifică în urină glucoză în proporție de 1,025 gr. la litru, urme de albumină și mici cantități de aceton. La 2 luni dela accident, un mare șoc moral și psichic: glucoza dispare complect — *Rousselier*, 1928.—2. Două lovituri în abdomen. La 2 luni dela traumatism: un diabet tardiv, cu evoluție rapidă și agravantă, puțin după aceea moartea — *Kaufmann*, 1929).

b) Diabetul cronic, care nu trebue confundat cu forma cronică spontană a bolii, are o evoluție lentă care comportă ori vindecarea ori sfârșitul letal.

2. SIFILISUL POST-TRAUMATIC se notează în transmisiunea directă (mușcătură) sau în cea indirectă, prin sepsia sifilitică a instrumentului vulnerant (Transmiterea sifilisului în urma unei injecțiuni cu cafeină — *Gougerot-Filiol*, 1926). Perioada de incubare: 20-30 zile.

3. ANTRAXUL poate fi consecutiv unei răni cât de neînsemnate, care constitue poarta de intrare pentru microbul infecțiunii. Perioada de incubare e de 2 zile.

4. MORVA se produce în aceleaş condițiuni. Intervalul de incubare: 3—5 zile.

5. TETANOSUL are şi el ca origine o rană cât de neînsemnată. Intervalul de incubare: 2—3 zile.

6. TURBAREA are ca origine o muşcătură. Incubarea în 20—60 zile.

7. GUTA. — Nu poate fi vorba de o gută datorită numai traumatismului, ci numai de o agravare a bolii şi de provocarea unor complicațiuni (crize articulare) la gutoşi.

8. REUMATISMUL. — In reumatismul cronic, traumatismul poate trezi o artrită, poate localiza procesul morbid la o încheietură teafără; traumatismul poate chiar provoca o artrită uscată crepitantă mono-articulară.

9. OBEZITATEA are un raport indirect cu traumatismul prin aceea, că imobilizarea prelungită a rănitului poate favoriza desvoltarea exagerată a țesutului adipos.

10. LUMBAGO TRAUMATIC se diferențiază de cel al reumatismului cronic (influența temperaturii ambiante a vremii, durerile bilaterale, exacerbarea în timpul nopții) prin următoarele elemente: *a)* punctul dureros unilateral; *b)* agravarea la anumite mişcări şi potolirea în repaus; *c)* prezența edemului şi a sufuziunii sanguine.

11. SCLEROZA ÎN PLĂCI: 3 observațiuni de agravare şi chiar de provocare directă (*Barre-Liéou*, 1927).

12. ANGINA PECTORALĂ ORGANICĂ de origine traumatică e extrem de rară (un caz consecutiv saturnismului cronic — *Kohn*, 1929).

13. REVĂRSAREA CHILULUI ÎN PLEURĂ, consecutivă unei rupturi a canalului colector al limfei, fie prin rănirea gâtului, fie printr'o gravă contuzie toracică. Deobiceiu localizată la dreapta, revărsarea poate excepțional fi şi bilaterală. Puncțiunile repetate pot provoca moartea, în 50 % din cazuri (La 3 săptămâni dela traumatism, semne de revărsare pleurală. După 7 săptămâni, dispnee şi cianoză. In trei thoracenteze, practicate la interval de 2 şi 4 zile, se extrag succesiv 2, 6 şi 4 litri de lichid chilos. Ameliorare progresivă prin resorbirea restului revărsării; vindecare — *Grémaud*, 1928).

14. APENDICITA TRAUMATICĂ e consecutivă unei contuziuni abdominale (în partea dreaptă sau în partea inferioară), directă ori indirectă (cădere, tamponare). Numeroase observațiuni confirmă posibilitatea unei atari origini (1. In 4 cazuri examinate s'a găsit, pe deasupra, o concrețiune fecaloidă în abdomen — *Bissel*, 1928. — 2. O fată de 10 ani e lovită în abdomen de aripa unui automobil. Dureri mari, febră: apendicită caracterizată — *Harboch*, 1920. — 3. Un băiat de 12 ani, în căderea dela 50 cm. înălțime, se loveşte în partea dreaptă a abdomenului. La operație: un exudat seros în cavitatea abdominală; apendicele flegmonos — *Oden*, 1929).

15. FENOMENELE FEBRILE notate îndeosebi în alcoolismul cronic, consecutive unui traumatism mai mult sau mai puțin violent.

16. CONTAMINAREA: *a)* şancrul sifilitic al buzelor suflătorilor din fabricile de sticlă; *b)* şancrul moale — incubarea în 1—2 zile; *c)* erisipelul în 4—6 zile; *d)* lepra — 6 luni până la 20 ani; *e)* oreionul — 15 zile; *f)* paludismul în 6—12 zile; *g)* febra tifoidă — 14 zile; *h)* varicela în 14—15 zile; *i)* variola — în 12 zile.

17. CACHEXIA e o consecință indirectă a traumatismului, prin bolile pe cari le provoacă direct sau prin complicațiune (cardiopatiile, afecțiunile renale, cancerul, tuberculoza, anemia, sifilisul, saturnismul).

Cachexia strumiprivă sau mixedemul post-operator se poate nota după ablațiunea totală a guşei, fie în forma precoce, fie în forma tardivă (3 — 4 luni dela intervenția chirurgicală).

XI. Rana mortală

E orice leziune care, fie imediat, fie cu întârziere, cauzează moartea. (Ruptura tardivă a inimii în cursul unei septicemii gangrenoase, consecutivă unei simple înțepături cu un cuiu la mâna stângă— *E. Sorel*, 1927).

Traumatismul, spre a putea fi calificat mortal, nu trebue neapărat să se traducă prin leziuni anatomice de natură a compromite în mod definitiv funcțiunile vitale. De multe ori, un traumatism ușor, care nu lasă nici o urmă notabilă sau chiar cel puțin preceptibilă fie pe corp fie în cavitațile craniană, toracică și abdominală, cauzează totuși moartea imediat — moartea prin inhibiție, consecutivă unei simple atingeri pe laringe, ceafă, abdomen, testicule, etc. Nu avem a face cu o rană propriu-zisă; nu e însă de contestat că traumatismul e cauza morții. — Tot așa cu ruperea unui anevrism sau cu congestiunea cerebrală, cari se pot produce în cursul unei agresiuni, fără ca efectul letal să fi avut de cauză un traumatism grav.

Uneori se produce moartea, *fără ca rana să fi fost capabilă de a o provoca*. In atare caz, expertul demonstrează că *rana a grăbit moartea pe un teren subminat* (preexistența unei leziuni organice sau a unei anomalii constituționale de natură a periclita viața sub influența unui traumatism).

O rană e întotdeauna mortală:

1. Dacă interesează capul: *a.* comoțiunea violentă cauză a hemoragiei cerebrale; *b.* strivirea pe o întindere mare a substanței cerebrale și a măduvei prelungite; *c.* hemoragiile traumatice în ventriculele creerului, în puntea lui Varole, în măduva prelungită.

2. Dacă interesează organele interne, atât din cavitatea abdominală cât și din cea toracică. Așa, de exemplu: în *peritonita traumatică*, urcarea temperaturii (semnul clinic) apare la 4—7 ore dela producerea leziunii intestinului; semnele anatomo-patologice ale peritonitei sero-fibrinoase apar după 6 ore, iar fenomenele hiperemiei inflamatorii în 3-5 ore.—In caz când tubul gastro-intestinal și vasele abdominale au fost simultan lezate iar moartea survine în mijlocul simptomelor de anemie acută, nu se mai pot nota indicii anatomo-patologice de peritonită, nu numai din cauză că n'au mai avut vreme să se producă, dar și pentrucă pierderea considerabilă de sânge stingherește evoluția procesului inflamatoriu.

*
* *

In cazul când constatăm mai multe leziuni, atunci se pot prezinta următoarele eventualități:

1. *Nici una din leziuni, considerată în parte, nu e mortală*, dar totuș *complexitatea rănilor a putut cauza moartea.*

2. *Numai una sau câteva din răni sunt mortale*, iar celelalte nu interesează nici o funcțiune vitală.

3. *Toate leziunile examinate au caracterul de răni mortale.* In cazul acesta, expertul are de determinat: a. care anume din aceste răni a fost mai periculoasă; *b.* în ce ordine au fost cauzate rănile. Demonstrațiunea aceasta dublă e mai ales necesară atunci când sunt doi sau mai mulți agresori. Dacă e vorba de un sinucigaș, se determină dacă, după una sau, excepțional, după două lovituri mortale, a putut să-și mai cauzeze și altă leziune, mortală ori nu.

XII. Momentul în care victima a sucombat efectelor traumatismului sau otrăvirii

Se determină prin: examenul leziunilor anatomice, docimazia hepatică, fenomenele cadaverice, precum și prin examenul coprologic *(Vol. I, pag. 471).*

XIII. Vechimea rănii: cicatricile

Vechimea unei răni se apreciază: 1. după starea ei înainte de cicatrizaze; 2. după aspectul cicatricei.

In prealibil trebue să observăm: 1. procesul de cicatrizare n'are o durată constantă; 2. evoluția unei cicatrice e influențată de numeroase condițiuni externe și patogenice; 3. odată ajunsă în stadiul definitiv, cicatricea nu mai e susceptibilă de modificări ulterioare; 4. cicatricea poate fi abea vizibilă, în care caz se recomandă fricționarea locului, spre a se provoca congestia țesuturilor vecine; 5. greu se poate identifica o cicatrice în zonele piloase; 6. din cauza contractării sau a întinderii cicatricei, nu se mai poate preciza dimensiunile leziunii originare.

Există și cicatrice osoase.

Dacă examenul interesează o persoană vie, se notează exact: sediul, dimensiunile, aspectul, colorația, forma, gradul de organizare, aderența de țesutul subjacent (verificarea se face prin tracțiuni ușoare), starea zonei vecine (dacă, în jurul cicatricei, există indurații); dacă regiunea prezintă dilatații varicoase ale venelor; dacă partea interesată e edemațiată în vecinătate sau supusă la infiltrațiune după mers sau din cauza prelungirii unei atitudini a corpului; dacă notăm cicatrice pe membre, le impunem acestora mișcări încete, spre a putea aprecia gradul jenei funcționale; în caz de cicatrice fistulară, prezența corpului strein e revelată prin radiografie.

La examenul unui cadavru, cicatricea e studiată strat cu strat.

La examinarea unei cicatrice trebue să demonstrăm:

1. Dacă e sau nu o cicatrice consecutivă unei răni. Pentrucă există și cicatrice de origine patologică, manifestație diatezică, boli

de piele ulceroase cari se vindecă prin cicatrizare: variola, acne, lupus, ulcerele sancroase, ulcerele sifilitice, scorbutice, scrofuloase. Nu trebuesc uitate cicatricile de *origine chirurgicală* şi cele de *mutilare etnică* (circumciziunea).

2. **Forma cicatricei.** Nu întotdeauna cicatricea are o formă corespunzătoare aceleia a rănii pe locul căreia s'a format. O atare concordanţă se poate observa la:

a. Tăeturile şi înţepăturile făcute cu instrumente înţepătoare şi tăioase totodată: cicatrice *liniară.*

b. Rănile cu armele de foc: cicatrice *circulară,* în formă de pâlnie, cu tatuajul periferic indelebil, constituit de firele de pulbere; coloraţiunea e sau negricioasă sau cenuşie. Coloraţiunea cenuşie se poate însă nota şi la cicatricele rupturilor prin strivire, — nuanţă datorită impurităţilor cari au aderat în timpul procesului de vindecare.

c. Rănile cu instrument înţepător cu muchii: *cicatrice stelată.*

d. Contuziunile dau cicatrici *late neregulate* sau *stelate* (în striviri).

e. *Arsurile, cauterizările* de gradul III dau cicatrici *turtite radiate, pigmentate.*

Arsurile de gradul II se vindecă fără cicatrice. Numai la început se notează o roşeaţă care, dacă e persistentă, duce la pigmentare, care însă nu e caracteristică, deoarece ea se vede şi în zonele cu hiperemie îndelungată.

Dar nici în aceste cazuri cicatricea nu reproduce fidel forma rănii: intervenţia chirurgicală — uneori se observă urmele suturii — reduce sau măreşte leziunea (prin inciziunea făcută pentru explorarea unei răni cu armă de foc şi extragerea proectilului, rana capătă aspectul unei tăituri şi cicatricea nu mai e rotundă).

Vom mai observa că, atunci când evoluţia vindecării e normală, nu se poate preciza, dacă avem aface cu cicatricea liniară a unei tăituri sau a unei plesniri (efect al contuziunii).

3. **Vechimea cicatricei** e greu de precizat după aspect. Există cicatrici keloide, cari sunt vestigiul nu numai al unei răniri, ci şi al unei umflături şi cari apar abea după săptămâni ori chiar luni dela producerea traumatismului. Pe când cicatricile turtite, prin retracţiunea lor, seamănă cu o cută naturală.

In genere, o cicatrice *recentă* e roşiatică, una *veche* e albicioasă, sidefie.

Dacă avem de examinat două sau mai multe cicatrici, se prezintă două eventualităţi: a. dacă unele sunt vechi şi altele recente, vârsta se determină după coloraţiune; *b.* dacă însă toate sunt deacum vechi, nu se mai poate da nici o indicaţiune asupra epocii la care au început să se formeze.

4. **E cicatricea indelebilă sau susceptibilă de a dispare?**—

Atunci când e interesată şi derma, cicatricea rămâne pe viaţă (în această categorie intră şi vergeturile sarcinii). Dimpotrivă, o cicatrice superficială, datând din copilărie sau adolescenţă, poate dispare cu timpul.

5. Complicaţiunile cicatricilor: *a.* jena funcţională; *b.* formaţiunea canceroasă; *c.* redeschiderea cicatricei şi infecţiunea posibilă; *d.* durerile persistente cari reapar la schimbarea temperaturii.

XIV. Diferenţiarea unei răni vitale şi agonice de una post-mortală

Această diferenţiare e necesară din două consideraţiuni: 1. pentru determinarea etiologiei faptului medical examinat: crimă, sinucidere, accident; 2. se pot nota pe un cadavru în acelaş timp leziuni cauzate în viaţă şi leziuni făcute după instalarea morţii.

Elementele de diferenţiare sunt: *a.* prezenţa sau absenţa sufuziunii sanguine în zona lezată; *b.* prezenţa sau absenţa hemoragiei şi starea sângelui; *c.* proprietatea de retracţiune a buzelor rănii; *d.* fenomenele de vindecare; *e.* gradul de rezistenţă a ţesuturilor musculare şi osoase.

Trebue, însă, să observăm, în prealabil, că diferenţiarea pe temeiul acestor elemente e adesea anevoioasă, chiar pe un cadavru proaspăt; cu atât mai vârtos pe unul deacum intrat în putrefacţie sau ciopăţit (Observaţia edificatoare a lui *Corin:* pe cadavrul unui înecat notează o rană deschisă; cu ajutorul anamnezei stabileşte că individul, cu 14 zile înainte, fusese liberat din spital cu o leziune operatorie bine cicatrizată. Redeschiderea rănii se explică prin autoliza şi putrefacţia cari au provocat plesnirea cicatricei).

A. **Rana vitală**

Caracteristicile esenţiale ale unei răni vitale *recente* sunt: 1. buzele desfăcute şi infiltrate cu sânge închegat; 2. fundul rănii deasemenea infiltrat cu sânge; 3. hemoragia externă mare cu sânge coagulat; 4. hemoragie mare într'o cavitate seroasă sau într'un parenchim; 5. aspirarea sângelui până în alveolele pulmonare (în fractura bazei craniului cu pierderea cunoştinţei şi în răni grave ale gâtului); 6. embolia grăsoasă pulmonară (în fracturi) şi embolia gazoasă (în leziunea venelor mari ale gâtului) sunt specific consecutive unei răni vitale, pentrucă, prin abolirea circulaţiei, ele nu se mai pot produce post mortem; 7. efectele şocului traumatic.

Semnele oricărei răni vitale, fie că moartea s'a produs imediat sau cu o întârziere nedeterminată, sunt:

1. Extravazatul sanguin sub rană şi în reţeaua ţesuturilor

vecine. Sufuziunea hipostatică se identifică prin absenţa coagulării sângelui, astfel că prezenţa unui chiag consistent în extravazatul de pe un cadavru chiar putrefiat e o dovadă de natura vitală a rănii. Extravazatul sanguin nu e totuşi un semn de certitudine absolută, pentrucă în unele leziuni violente (cu instrument tăios, ori înţepător, cu arma de foc, contuziune extrem de gravă în cădere, în tamponare sau în călcare) sufuziunea în ţesutul învecinat poate lipsi. Această absenţă se explică prin: *a.* o bruscă hemoragie abundentă în afară sau una internă care n'a mai dat vreme sângelui să sufuzeze; *b.* moartea instantanee sau extrem de rapidă, care se produce prin paralizia inimii; *c.* anemia externă; *d.* turburările inervării vaselor (comoţia şi compresiunea cerebrală).

Sufuziunea e de regulă neînsemnată în inciziunile chirurgicale (de exemplu în laparotomie).

2. **Infiltraţiunea seroasă în vecinătatea extravazatului sanguin**, care e produsul coagulării, nu trebue confundată cu un *edem reactiv.*

3. **Umflarea şi hiperemia reactivă a buzelor rănii**, care nu trebue confundată cu *repleţiunea hipostatică*, poate lipsi în moartea imediat consecutivă rănii. — Umflarea buzelor rănii poate să se reducă sau chiar să dispară cu totul, prin evaporarea sau hipostaza lichidului sanguin. — Apoi, hiperemia e constant absentă la rănile de pe un înecat care a stat mult în lichidul de imersiune: apa, prin imbibarea ţesuturilor, dizolvă hemoglobina din sânge, iar rănile se decolorează (cele superficiale în 8—10 zile, cele mai adânci în maximum 15—30 zile).

4. **Acumularea de leucocite în zona rănii şi generalizarea leucocitozei.** — Semnul acesta diferenţial, care e al lui *Verderau*, se verifică prin gradul leucocitozei: aceasta e de 3 *ori mai mare la o rană post-mortală* decât *la una vitală.*

5. **Retracţiunea ţesuturilor depe marginile rănii**, lărgind-o astfel pe aceasta. Retracţiunea cutanată, care se explică prin elasticitatea şi retractilitatea pielei, persistă un timp îndelungat după moarte (*Haberda* a notat această particularitate într'o desgropare făcută la 4 luni dela deces). Gradul retractilităţii cutanate e în funcţiune de grosimea tegumentului (pielea mai subţire se retractează mai pronunţat) şi de aderenţa mai mare sau mai mică a pielei de ţesutul subjacent: de aceea căscătura rănii e maximă în regiunea gâtului şi minimă pe pericraniu şi pe spate. — Cât despre *retracţiunea musculară* (care e îndeosebi accentuată în secţionarea transversală) şi cea *tendinoasă*, ele au o durată mai scurtă ca aceea a pielei. — Retracţiunea vitală se notează şi la rănile cari interesează tracheea şi arterele; ţesutul venelor, însă nu se bucură de această proprietate.

Erori de interpretare: 1. *Retractilitatea* se poate observa şi la o rană nevitală, atunci când aceasta e făcută imediat după moarte; dar căscătura leziunii e cu mult mai mică decât la una vitală. — 2. *Rigiditatea cadaverică*, în timpul instalării ei, poate provoca o retractare a muşchilor, dar după ce a cuprins întreg corpul, în timpul dispariţiei ei treptate, rigiditatea nu mai poate fi generatoare a retracţiunii.

6. Hemoragia, care poate fi externă, internă şi mixtă, e socotită drept semnul prin excelenţă pozitiv al naturii vitale a rănii. Pentrucă o rană post-mortală, chiar atunci când sunt interesate organe mari şi bogate în sânge, nu poate cauza o anemie atât de pronunţată ca aceea consecutivă leziunii vitale. Trebue însă să adăugăm că o însemnată hemoragie post-mortală externă se poate nota în leziunile cauzate după moarte în venele subcutanate din zona hipostazei (de exemplu: fractura occiputului care intereseazā sinusul). Deasemenea se poate înregistra o notabilă hemoragie internă a leziunii post-mortale, interesând vasele mari sau organele bogate în sânge (ficatul, splina), atunci când rana e făcută pe un cadavru care atârnă.

a) *Cantitatea* hemoragiei post-mortale e întotdeauna mai mică decât a hemoragiei vitale (Experienţa demonstrativă a lui *Schulz:* prin rana făcută în ficatul unui cadavru nu s'a scurs, într'un interval de 24 ore, decât 100 cc. de sânge, pe când în rana vitală a ficatului se găseşte în unele cazuri, în cavitatea abdominală. până la 1 litru de sânge şi chiar mai mult).

b) O caracteristică a hemoragiei vitale e *coagulabilitatea* sângelui în rană, în corp, pe haine, pe obiectele dimprejur. Totuşi lichidul sanguin nu se încheagă deloc în cavitatea peritoneală, iar în pleură se coagulează numai parţial.

Semnul coagulabilităţii nu are o valoare absolută, în urma experienţelor lui *Taylor*, *Corin* şi ale altora, cari au adus la concluzia că şi sângele cadaveric, inclusiv cel asfixic, se poate coagula într'un răstimp de câteva ore dela moarte, fie că e sau nu în contact direct cu aerul — deci şi cel din cavităţile corpului. Cheagurile cadeverice interne se pot întâlni frecvent în: ventriculul drept al inimii, aorta, artera pulmonară, vena-cava superioară, venele jugulare şi subclaviere, în sinusul durei-mater. Intocmai ca formaţiunile vitale, cheagurile post-mortale pot fi cruorice sau fibrinoase. Trebue să adăugăm, că în sângele asfixic şi în cel al oricărei morţi rapide, cheagurile cadaverice—mai puţin numeroase,—sunt cruorice, moi; în moartea lentă, dimpotrivă, coagulabilitatea post-mortală e mai mare şi mai fibrinoasă.

Singurul element cu adevărat diferenţial e numai gradul de coagulare: în hemoragia post-mortală cheagul e mai rar ca în sângele vital; sângele cadaveric nu se infiltrează în ţesuturi şi nu aderă de buzele şi de fundul rănii; cheagurile cadaverice intravasculare nu umplu lumenul şi nu aderă de pereţi.

I. Hemoragia externă e o caracteristică a rănii vitale, dar ea poate totuş lipsi, îndeosebi în leziunile cutanate: 1. când plaga e făcută cu un instrument prea fin; 2. când rana se prezintă ca o smulgere; 3. când, prin dispoziţia anatomică a rănii, prin secţionarea unui vas mare, sângele a avut posibilitatea să se răspândească întâiu într'o cavitate a corpului; 4. când, prin violenţa sa, traumatismul interesează direct sau indirect (prin şoc) inima şi aorta şi se produce automatic o suspendare a funcţiunii circulatorii.

Prezenţa sufuziunilor subcutanate şi intra-musculare, invizibile la examenul exterior, se poate verifică prin incizarea pielei şi a muşchiului. Proba aceasta e recomandată de *Walcher* (1928) şi pentru omul viu.

Dimpotrivă, se poate nota o hemoragie externă şi la o rană post-mortală, în momentul când începe putrefacţia: sub presiunea gazelor intestinale, sângele e împins din organele intra-toracice către vasele superficiale. Singurul element de diferenţiare e că acest sânge e fluid.

II. Hemoragia internă se trădează prin: 1. paloarea pielei; 2. formaţiunea slabă de pete cadaverice; 3. anemia organelor parenchimatoase (ficatul e castaniu deschis, bătând în galben); 4. absenţa sau insuficienţa apariţiei punctelor hemoragice pe secţiunile acestor organe. — Deşi, prin secţionare, se poate provoca evacuarea unei mari cantităţi de sânge în zona hipostatică, iar organele să se golească parţial de conţinutul lor sanguin, e de observat, însă, că *niciodată nu se produce, post-mortem, o golire a vaselor ţesutului parenchimatos.* Singura dificultate serioasă, insolubilă putem spune, se iveşte atunci când putrefacţia înaintată sau disoluţiunea în apă a descompus parenchimul.

Hemoragia internă nu e întotdeauna imediat consecutivă leziunii, ci se poate produce cu o mai mare sau mai mică întârziere: (1. După 36 ore până la 12 şi chiar 14 zile, în plesnirea, ruptura sau strivirea splinei—*Perrin*, 1926; *Klassen*, 1928. — 2. Epistaxis mortal consecutiv leziunii carotidei interne: primele manifestaţiuni: pierderea cunoştinţei, hemoragie pe nas, gură şi urechi, rupturi timpanice bilaterale; ulterior, la fiecare 14 zile, hemoragii violente, în cantităţi de până la 1 litru şi jumătate, pe gură şi pe nas; moartea—*Kummel*. 1928. — 3 Hemoragia uterină tardivă, în urma unei contuziuni — *Brandis*, 1927).

Deosebim:

1. *Sufuziunea sub-cutanată* (echimoze, bose şi pungi sanguine); dar există şi sufuziuni post-mortale, fie spontane (pe teren hipostatic), fie chiar traumatice, pentru întâia oară identificate şi verificate de *Christison*.

2. *Extravazatul interstiţial profund* notat în deosebi în leziunile interesând muşchii, vasele din stratul celular subcutanat. Şi acest extravazat se poate, excepţional, întâlni şi într'o rană post-mortală.

3. *Hemoragia în cavităţile seroase.* Se notează şi în rana post-mortală, numai atunci când, prin deschiderea sa, un mare trunchiu venos e pus în comunicaţie cu cavitatea.

4. *Hemoragia în parenchime.*

III. Hemoragia mixtă: o revărsare sanguină care, concomitent, se produce şi pe rană şi în interiorul corpului.

Cu un cuvânt, hemoragia poate fi un semn *pozitiv* al naturii vitale a rănii, cu condiţia însă ca ea să fie abundentă şi să nu fie situată într'o poziţie declivă a corpului.

7. Granularea şi formaţiunea cicatricială pe epiteliul buzelor

rănii sunt un semn vital de o netăgăduită valoare diagnosticală. Cicatricele, de regulă late, neregulate, sunt rar liniare.

8. Aspirația sângelui până în alveolele pulmonare (notate în leziunile laringelui, tracheei și plămânilor; în fracturile craniene). Dacă focarele de aspirație sunt periferice, ele se pot identifica și macroscopicește ca pete reliefate de un roșu închis. — *Schultz* a văzut. în ambii plămâni, masse de aspirație până la mărimea unui ou de găină, la o fată sinucisă printr'un foc de revolver descărcat în gură.

9. Emboliile sunt și ele un semn de certitudine al naturii vitale a rănii, pentrucă ele nu se pot produce în absența funcțiunilor vitale ale circulației și respirației. Se disting patru tipuri: grăsoasă, gazoasă, histologică și de corpi streini exogeni.

I. Embolia grăsoasă interesează, de regulă, plămânul, și e consecutivă unei contuziuni, unei striviri sau unei sfâșieri a stratului grăsos subcutanat, unei comoțiuni și mai ales unei fracturi a oaselor a căror măduvă e bogată în grăsime. Macroscopicește, *embolia pulmonară* se identifică prin hiperemia și edemul ușor al organului respirator. Ea persistă și în putrefacția avansată.

Mecanismul emboliei: o părticică din grăsimea fluidă pătrunde în venele deschise, de unde se'ndreaptă spre ventriculul drept al inimii și vasele pulmonare, fixându-se în capilarele alveolelor plămânilor, constituind astfel edemul pulmonar. Excepțional o parte din grăsime, străbătând plămânul, pătrunde în circulația mare, provocând astfel nu numai embolia pulmonară dar și cea cardiacă, renală și cerebrală. Aceasta din urmă e secundară emboliei renale și se manifestă prin hiperemie, edem, purpura, necroză și ramolisment cerebral.

După *Ribbert* simpla comoție a oaselor ajunge pentru detașarea, din măduva acestora, a unui embolus grăsos. Deasemenea, singura strivire sau sfâșiere a stratului grăsos subcutanat (nu numai consecutiv unei contuziuni, ci chiar unei extensiuni a unui membru ankilozat) e suficientă pentru degajarea embolusului. (Observațiile lui *Jolly* cu embolia grăsoasă pulmonară la alienații cari, isbindu-se de pereții celulelor în cari se aflau închiși, și-au strivit o parte din țesutul grăsos subcutanat. *Bürger* a notat embolia grăsoasă pulmonară la o femee de 47 ani, moartă pe urma unor lovituri cu un băț, cari, între altele, îi cauzaseră o strivire a țesutului adipos depe spate). O observație a lui *Ziemke* (moartea năprasnică a unui copil călcat de un vechicul și pe cadavrul căruia, deși nu s'a găsit decât vreo 20 cc. de sânge liber revărsat, s'a notat o multiplă embolie grăsoasă pulmonară) întărește și mai mult constatarea că nu e neapărat nevoie de o mare hemoragie, pentrucă embolia grăsoasă se produce fulgerător, înainte chiar ca o mare cantitate de sânge să se fi revărsat din vasele secționate, rupte sau strivite.

Embolia post-mortală. — Cât despre posibilitatea unei embolii grăsoase post-mortale, chestiunea e controversată, deși *Westenhoeffer*, *Bohne*, *Neurester*, *G. Strassmann* stărue asupra influenței putrefacției. După ei, în cursul putrefacției, imediat după moarte, grăsimea devenită liberă e împinsă de presiunea gazoasă până în micile artere și în capilarele pulmonare; dar, experiențele demonstrative ale lui *Ziemke*, chiar acele cari n'au dat greș, nu pot fi concludente. Chiar în ipoteza afirmativă, embolia post-mortală n'ar putea avea decât o mică extensiune.

II. Embolia gazoasă, care e extrem de rară, se produce prin pătrunderea aerului în vasele deschise prin secționare, ruptură, sfâșiere: aerul aspirat se acumulează în ventriculul drept; la inima stângă nu ajunge decât numai atunci când orificiul oval e permeabil. Uneori pătrunde și în ramificațiunile arterei pulmonare şi chiar în circulaţia cea mare, putând provoca embolia gazoasă cerebrală (observaţia lui *Walcher*, 1925).

In unele cazuri de hemoragie, aerul e aspirat în vene abea în stadiul dispneic al morţii hemoragice. Embolia gazoasă se mai poate produce, prin pătrunderea aerului in capilarele pulmonare, în contracţiunile inspiratorii şi aspiratorii ale asfixiei, prin creşterea presiunii intra-pulmonare.

Sângele embolos e spumos.

Valoarea diagnosticală a emboliei gazoase se poate invoca numai la cadavre proaspete, dar nici atunci cu certitudine, pentrucă *Marchand* a găsit bule gazoase de ale putrefacţiei şi in sângele inimii drepte la un mare număr de atari cadavre.

După *Jankovich* (1925) embolia gazoasă cadaverică, atunci când nu există septicemie gazoasă, se poate produce de regulă în a 3-a zi după moarte.

Embolia gazoasă, atunci când se poate confirma, îşi are originea într'o leziune a venelor gâtului, intr'una a sinusului sau în ruptura (prin injecţiune de exemplu) a venelor uterului gravid, recent uşurat.

III. Embolia histologică — adică embolus constituit din fragmente de creer ficat, măduvă osoasă — e excepţională. Ea se produce aproape fulgerător: în vasele pulmonare ale unui sinucigaş mort instantaneu în urma unui foc de revolver descărcat în piept, cu ruperea venei-cave şi cu sfâşierea ficatului, s'a găsit în vasele pulmonare fragmente de ţesut hepatic *(Zenker)*.

1. Cel mai frecvent notat e *embolusul hepatic*, consecutiv unei striviri a ficatului cu rupturi mai mari în reţeaua vasculară a organului. Fragmentele, uneori de mărime considerabilă, cărate de sânge, pătrund în inimă. (După un accident de cale ferată, cu strivirea ficatului şi ruptura transversală a venei-cave inferioare *Schmorl* a găsit, în auriculul drept, un fragment de ţesut hepatic de 35 gr., iar în ventriculul drept un fragment şi mai mare; în auriculul stâng, un fragment de mărimea unei fasole; deasemenea a notat masse embolice mai mici in artera pulmonară şi un dop de ţesut hepatic în trunchiul arterei renale).

2. Embolusul poate fi constituit şi din alte ţesuturi: măduva oaselor, mielină celule ganglionare, etc. (La un copil născut în prezentaţia şezutului, cu ruptura sinusului transvers şi cu sfâşierea părţii posterioare a cerebelului, s'a găsit embolusuri de ţesut din scoarţa cerebeloasă atât pe peretele interior al inimii, cât, şi in artera coronară a acesteia — *Abrikosoff*).

IV. Embolia cauzată de corpi streini exogeni. — *Schloffer* citează două cazuri de proectile mici vehiculate de sânge.

10. Trombozele, a căror urmare poate fi gangrenarea întregii regiuni irigate de vasul în interiorul căruia s'a constituit cheagul sanguin, sau chiar provocarea unei embolii pulmonare letale, se pot întâlni şi sub forma cronică: *tromboangeita obliterantă.*

Trombusurile pot uneori cauza ceeace se numeşte embolia paradoxală, adică încrucişată: un trombus de origine venală sau pătrunde în sistemul arterial, sau rămâne prins de orificiul oval. (*Thompson* — 1930 citează cinci cazuri de embolii din prima specie şi două dintr'a doua).

Diferenţiarea morfologică a unui cheag agonic de unul cadaveric e adesea imposibilă, pentrucă acesta din urmă poate avea un debut intravital şi o încheiere post-mortală.

In ce priveşte *trombozele post-operatorii*, ele se notează indeosebi frecvent in intervenţiile chirurgicale interesând stomacul, vesica biliară şi varicele. Mai predispuşi sunt cei cu tumori, femeile, bătrânii şi persoanele grase. *Prochnov* (1928) notează, pentru 5.034 laparotomii practicate în clinica universitară din Budapesta, 30 tromboze dintre cari 7 cu embolie pulmonară mortală; iar *Syller* (1928) înregistrează 35 embolii pulmonare dintre cari 27 mortale, în 935 morţi consecutive unei intervenţii chirurgicale.

11. Efectele şocului traumatic, consecutive iritării nervilor sensitivi periferici sau a capetelor plexusului simpatic: oprirea reflexă a funcţiunilor inimii şi respiraţiei, uneori instalarea prematură a unui proces fiziologic, cum ar fi menstruaţia. Şocul e favorizat de stări predispozante la paralizia inimii, cum ar fi arterio-scleroza cu leziuni ale miocardului.

B. **Rana agonică**

Aceasta formează tranziţia între leziunea vitală şi cea post-mortală, şi e adesea greu, dacă nu chiar imposibil, de diagnosticat. Şi totuş chestiunea are un incontestabil interes medico-legal, pentrucă expertul urmează să se pronunţe dacă leziunea constatată a putut fi ori nu cauza morţii. Singurul element de orientare, în cazurile îndoelnice, e anamneza, care poate proiecta lumină asupra etiologiei rănii:

a. Muribundul, fie c'a pierdut cunoştinţa, fie că e numai istovit şi incapabil de a-şi controla mişcările, cade din pat, depe fotoliu (în care se află aşezat), cade pe duşumea.

b. Unui om i se face subit rău şi cade în casă, pe scară, pe fereastră, din balcon, depe acoperiş, dintr'un pom, în stradă şi moare îndată după ce a căzut.

c. Leziunea se produce în cursul manoperelor de reinsufleţire a persoanei la care funcţiunile vitale nu sunt încă desăvârşit suprimate (fricţiunile, respiraţia artificială, tracţiunea ritmică a limbii, injecţiile).

d. Rana se produce în cursul convulsiunilor.

Leziunile ce se pot nota interesează:

1. Pielea şi muşchii: excoriaţii, sufuziuni sanguine, plesnituri (îndeosebi la occiput, cot, genunchiu, maleolă, tibia), o rană deschisă mai adâncă. In ce priveşte înţepătura făcută cu prilejul *injecţiei subcutanate*, e de notat că ea are caracterele ei diferenţiale: marginea rozată a leziunii, mirosul dacă nu chiar şi urmele substanţei injectate.

2. Craniul: plesniri sau chiar fracturi osoase ale calotei şi bazei craniului (îndeosebi sfenoidul, apofisele zigomatice).

3. Membrele: fracturi ale oaselor.

4. Coloana vertebrală: fracturi, în deosebi la bătrâni.

5. Organele interne: rupturi ale inimii, ficatului, rinichilor.

C. **Rana post-mortală**

Sub raportul etiologic, fără a mai vorbi de leziunea spontană, o rană post-mortală poate avea diverse origini:

Accidentul: cadavrul cade dela oarecare înălţime; o parte a trupului se isbeşte de corpurile tari din vecinătate — în spânzurare.

2. *Manipularea brutală a cadavrului*, fie în timpul preparativelor de înmormântare, fie în cursul transportului.

3. *Desprinderea stângace și căderea cadavrului unui spânzurat:* se pot nota grave leziuni externe și interne.

4. *Leziunile notate pe înecații cari au stat mai mult timp în apă:* eroziunile făcute de pietrele colțuroase, de colțurile sloiurilor, de stâncile de cari corpul se lovește, de helicele vapoarelor, de uneltele de pescuire a cadavrelor, de peștii mari.

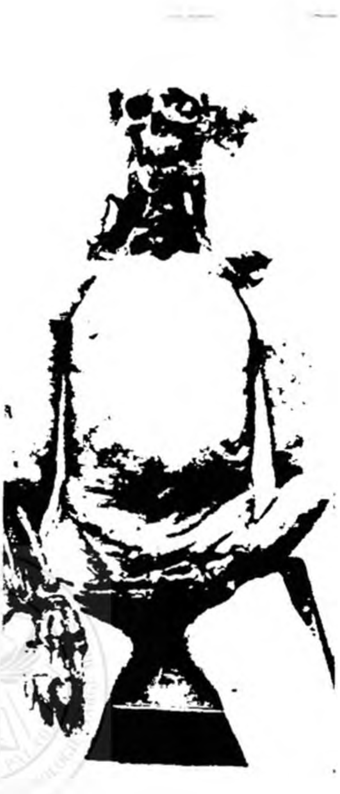


Fig. 64. — Răni post-mortale la un cadavru mâncat de șoareci.

5. *Leziunile făcute de animale.* Se identifică mușcăturile, pișcăturile urmele lăsate de ghiare. Dinadins am pomenit și de pișcături, pentrucă e clasică observația lui *Maschka*, în afacerea Harbaum, rămasă celebră: acuzat de a-și fi otrăvit copilul cu *acid sulfuric*, Harbaum e condamnat. După o ispășire parțială de 8 ani a osândei, nevinovăția părintelui e astfel demonstrată: *a*) ramolirea stomacului (constatată la autopsie) era de *natură cadaverică: b*) zonele pergamentate, rotunjite sau în formă de dungi, notate pe bărbie, la partea anterioară a gâtului și chiar acelea din interiorul gurii și cari fuseseră luate drept urme ale substanței caustice, *erau în realitate constituite din pișcăturile făcute de furnici.*—Pișcături de furnici, cu caracter vital, au fost și foarte recent identificate, pe o suprafață cutanată de vreo 10 cmp., pe brațul unui cadavru găsit într'o pădure (*Minovici*, 1930).

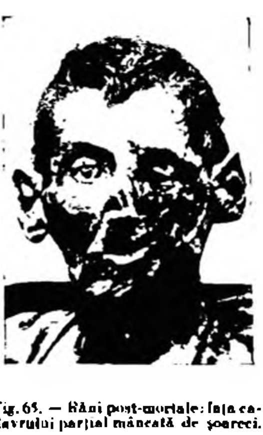


Fig. 65. — Răni post-mortale: fața cadavrului parțial mâncată de șoareci.

6. *Leziuni cauzate în cursul încercărilor de readucere la viață* (când se crede în moartea aparentă): injecții subcutanate de eter, de camforă; fricțiuni energice; lă-

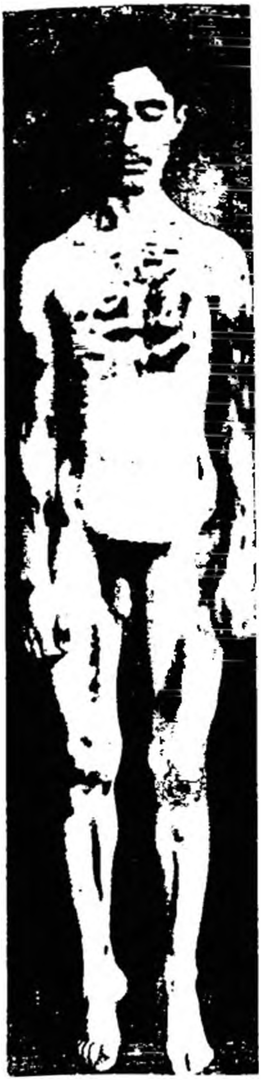


Fig. 66. — Diagnosticul de diferenţiare a contuziunilor vitale de cele post-mortale: *plăci pergamentate* dublate cu sufuziuni sanguine *pe cadavrul unui degerat.* Aceste contuziuni de natură vitală şi cari, în primul moment, treziseră bănuiala de crimă (omor în bătaie cu un corp contondent), s'au explicat astfel: oamenii cari dăduseră, pe câmp, peste nenorocitul îngheţat care mai dădea semne de viaţă, în scop de a-l salva l-au frecat peste tot corpul cu o bucată de sac; prin această fricţionare cu un corp aspru epiderma s'a desprins iar derma, rămasă desgolită, s'a pergamentat în urmă.

sarea de sânge; respiraţia artificială, în care se pot nota chiar fractura coastelor, înfundarea şi fractura sternului, frângerea coloanei vertebrale; tracţiunea ritmică a limbii; leziunile cauzate de toate celelalte probe ale vieţii, pentru identificarea morţii.

7. *Leziuni de origine necropsică,* datorite stângăciei sau inatenţiunii operatorului: *a.* tăierea, ruptura marilor trunchiuri venoase ale pieptului (la desprinderea plastronului şi desarticularea claviculelor); *b.* rupturile, sfâşierile musculare (în tracţiunea stângace ori prea brutală a membrelor în timpul rigidităţii cadaverice); *c.* fracturile craniului (la desfacerea calotei); *d.* fracturile coloanei cervicale şi ale coastelor (mai ales la bătrâni); *e)* echimoze (îndeosebi pe faţa internă a pericraniului).

8. *Inverşunarea ucigaşului* (mutilarea, ciopârţirea). Atunci când sunt mai mulţi agresori, se pot nota răni cauzate după ce victima a expirat (spre a avea siguranţa că victima a murit, ucigaşul, după ce-i zdrobise capul şi provocase astfel moartea, i-a mai împlântat un cuţit în gât — *Hofmann*).

9. *Profanarea cadavrului.*

10. *Pentru simularea sinuciderii sau a accidentului:* spânzurarea cadavrului, aruncarea lui în apă, aşezarea lui pe şinele drumului de fier, aşezarea lui înaintea unui vehicul oarecare, etc.

11. *Leziuni involuntare* (*a.* Un epileptic cade în zăpadă şi moare; luat de departe drept un animal, vânătorul descarcă arma în el — *Maschka.* — *b.* Un spânzurat, căzut cu craca arborelui de care atârna, e luat drept animal şi un pădurar trage în el — *Späth*).

12. *Superstiţia.* Un exemplu: deoarece s'a mai întâmplat, ca după un deces, vreun alt membru al aceleiaşi familii să se inbolnăvească şi să moară, faptul, în mintea simplistă, a fost interpretat că „mortul nu e mort deabinelea şi trage pe ceilalţi după el“; deaceea cadavrul a fost decapitat — *Bernardi, Gross.*

Caracterele rănii post-mortale: buzele palide sau livide, deloc sau foarte puțin retractate.

In ce privește celelalte caractere de diferențiare, le-am studiat la caracterizarea rănii vitale și a celei agonice.— Vom observa numai:

a. Hemoragia se poate, de exemplu, nota la ridicarea calotei craniene (prin ruperea sinusului) sau la ridicarea plastronului (prin tăierea sau ruptura venei anonime).

Deși hemoragia post-mortală se poate nota și în organele parenchimatoase, niciodată nu se poate observa resorbțiunea sanguină pe diafragmă.

Ruptura subcutanată a vaselor mici din zona hipostatică (deslipirea pericraniului la autopsie) poate crea mici extravazate.

b. E în genere admis că *țesuturile muscular și osos ale cadavrului* opun o rezistență mai mare decât aceleași țesuturi lezate în timpul vieții. Dar particularitatea aceasta nu poate constitui un element de interpretare, pentrucă e greu de determinat gradul violenței exercitate asupra corpului neînsuflețit.

XV. Interpretarea paraliziilor sensibilității și motilității, a neuritelor, nevrozelor și psihozelor

E de netăgăduit că traumatismele de diversă natură, inclusiv cele psihice, și intoxicațiile pot fi generatoare de neurite, nevroze și psihoze. Expertul trebue, însă, să fie circumspect, dată fiind facilitatea mai mare sau mai mică a exagerării și chiar a simulării (vezi cap. „*Simularea*“, vol. II).

In plus el nu trebue să nesocotească faptul că, pentru expertiza medico-legală, nu au valoare numai turburările nemijlocit datorite traumatismului (acțiunea directă asupra sistemului nervos sau acțiunea indirectă prin intermediul unei hemoragii sau a unei modificări vaso-motrice) ci și efectele mai mult sau mai puțin îndepărtate ale violenței exercitate asupra individului. Psicho-nevrozele tardive își pot avea originea în: infecțiuni consecutive traumatismului, leziuni sclerozante, leziuni diverse (cum ar fi herniile cerebrale), reacțiuni vaso-motrice persistente.

Sarcina expertului va fi de a evidenția legătura între traumatism și psicho—nevroza, care se poate manifesta sub una din următoarele forme: astenia acută și cronică, asteno-mania, amnezia, confuzia mintală, delirul halucinatoriu, onirismul, agnosia, sindromul lui Korsakoff, demența organică, paralizia progresivă, demența precoce și delirurile sistematizate, hiperthimia anxioasă, hipochondria, melancolia, delirul persecuției, delirurile polimorfe, crizele histerice, turburările de caracter, sinistroza, epilepsia, afazia, hiperalgiile, perversiunile senzoriale, etc.

Cele mai frecvente turburări sunt consecutive leziunilor interesând cutia și cavitatea craniană.

I. Sindromul subiectiv comun tuturor leziunilor craniene: cefaleea, variabilă ca sediu și continuitate; amețeala, turburările mnezice.

II. Comoțiunea cerebrală. a) *Efectele imediate:* coma sau pierderea cunoștinței, cu amnezie sau confuzie mentală.— b) *Efectele notate abea după câteva ore:* confuzia mintală stupidă sau halucinatorie, tremurături, contracturi, hemiplegie, epilepsie, choree.

III. Herniile cerebrale: meningitele tardive.

IV. După regiunile lezate, putem nota:

a) *Lobul frontal:* deficit psihic, turburări de ordin motor adesea asociate, cu modificări oculare (consecutive unei hemoragii în teaca nervului optic, unei leziuni choro-retiniene).

b) *Lobul parietal:* turburări de sensibilitate, afazia lui Wernicke, apraxie, hemianopsie,

c) *Lobul temporal*: afazia lui Wernike,

d) *Lobul occipital:* turburări ale sferei vizuale,

e) *Cerebelul*: turburări din seria cerebeloasă.

* * *

1. Paralizia sensibilității, consecutivă unei leziuni a nervilor periferici ai pielei, se manifestă sub forma anesteziei și a analgeziei. Când, în locul paraliziei ori al anesteziei notăm o exacerbare a sensibilității, ne aflăm în prezența unei *hiperestezii*.

2. Paralizia motilității se instalează in leziunile nervilor periferici inervatori ai mușchilor. In expertizele medico-legale ea interesează *membrele superioare* (paralizia nervilor radiculari ai plexului brachial, paralizia radială, paralizia cubitală, paralizia nervului median, paralizia nervului circumflex) și *membrele inferioare* (paralizia nervului sciatic care inervează mai toți mușchii extremităților inferioare).

* * *

Atât paralizia sensibilității cât și aceea a motilității au o valoare diagnosticală în legătură cu cauza incriminată, atunci când, prin eliminare anamnezică, se poate înlătura orice altă origine. *Prognosticul* poate fi benign ori de oarecare gravitate, după însuș gradul paraliziei.

3. Neuritele. — Originea lor traumatică trebue căutată în leziunile contuze ale nervilor, în arsuri și în înțepăturile septice, mai rar în rănile făcute cu instrumente tăioase sau prin efectul șocului nervos (în curentarea electrică). Neurita poate apare și *tardiv:* compresiunea exercitată asupra nervului de un fragment osos, de calusul unei fracturi, de brida fibroasă a unei cicatrizări vicioase; turburarea nutrițiunii celulelor.

1. Bărbat de 36 ani. Alunecă și cade pe spate. Mai lucrează opt zile, când, din cauza durerilor, e internat în spital. Liberat, reia lucrul și timp de un an se

plânge de violente dureri sacrale; se constată și o pareză intestinală. *Radiografia:* distrugerea vertebrei a 12-a toracice, cu o formațiune osoasă fragmentară; atrofia coapselor, absența reflexului achilean.— 2. Bărbat de 30 ani. Cade dela o înălțime de 4 metri; dureri dorsale. *Radiografia* (după câteva luni): fractură de luxație a vertebrei a 10-a toracice cu formațiune de calus; atrofia coapsei, hiperestezia gambei drepte — *Schorsch*, 1927.

Acute sau cronice, neuritele, atunci când sunt *localizate*, cauzează anestezii rebele și paralizii cu atrofia musculară.— Dacă însă sunt *ascendente*, neuritele capătă un caracter extrem de grav, prin propagarea lor simetrică la nervul opus și prin complicațiunea cu mielita difuză.

4. Nevrozele.— Cași pentru neurite diagnosticul etiologic și patogenic, după ce s'a înlăturat ipoteza simulării, se face pe cale de eliminare până se ajunge sau nu la demonstrarea cauzalității traumatice. Aceasta din urmă se poate prezinta sub forme variate:

a. *Traumatismul cranian și rachidian*, direct sau prin repercursiune într'o violentă comoție a corpului întreg.

b. *Șocul nervos consecutiv unei emoțiuni puternice:* terorizarea prin amenințare; spectrul morții într'un accident individual în caz de trăsnet, în catastrofele mai mari sau mai mici; vremurile turburi ale revoluției; curentul elecric, chiar cel de o cât de slabă tensiune; lumina bruscă, tunetul, sunetele intense.

c. *Vaccinarea; mușcătura (histeria rabiformă* a lui Charcot).

d. *Arsurile* și, numai excepțional, *rănile făcute cu instrumentele tăioase ori înțepătoare.*

e. *Compresiunea bruscă* la persoanele cari au stat într'un mediu de aer comprimat.

Originea nevrozei trebuie uneori căutată și în sugestie (familia, cunoscuții, diagnosticul eronat al medicului curant) și în *auto-sugestie* („nevroza sinistraților"), precum și în *predispoziția neuropatică.*

I. *Tabloul clinic.*— Nevroza traumatică. putându-se produce la orice vârstă (chiar la un copil de 5 ani), imediat sau tardiv, se manifestă în general prin semnele caracteristice nevrozelor deacum analizate *(vezi vol. II, pag. 158):* faciesul caracteristic (tristețe, ochiu aton, imobilitatea trăsăturilor), înțepenirea mai mult sau mai puțin accentuată a picioarelor, modificările de caracter, amnezia parțială sau totală, insomnia ori somn turburat de coșmaruri, ideile hipochondriace, indolența, abulia, iritabilitatea, asociabilitatea, cefaleea, vertijul, palpitațiile, tachicardia, dispepsia, frigiditatea sexuală; fobia sub diverse forme și având ca obiect împrejurarea în care s'a produs traumatismul.

II. *Prognosticul* trebue să fie foarte rezervat; expertul va supune pe nevrozat unei observațiuni îndelungate. Se cunosc cazuri în cari o simplă veste îmbucurătoare, cu efectul binefăcător al unui șoc nervos, a provocat nu numai o ameliorare, ci chiar o totală dispariție a nevrozei (Un accidentat nu mai putea să meargă decât cu cârje; avocatul îi anunţă c'a câştigat procesul de despăgubiri civile: pe loc leapădă cârjele şi, în goană, urcă scările până la grefă, spre a lua cunoştinţă de sentinţa tribunalului — *Bruno-Dubron*). Prognosticul e îndeosebi dificil în cazurile de neurastenie traumatică în forma modificărilor profunde de caracter.

III. *Tipurile de nevroză traumatică:* neurastenia, histeria, histero-neurastenia, syndromul lui Parkinson, epilepsia, vertijul.

1. Neurastenia traumatică e nevroza cea mai frecvent consecutivă traumatismelor şi, în caz de leziuni anatomice, ea se instalează în perioada de cicatrizare a rănilor. Uneori, neurastenia nu e în legătură directă cu traumatismul incriminat, ci e o manifestaţie tardivă a unei vechi comoţiuni, cerebrală sau medulară. Diagnosticul nu e bazat decât pe simptomele subiective şi numai rareori pe unele semne obiective: dispneea, turburările gastro-intestinale, impotenţa, spermatoreea, întreruperea mai mult sau mai puţin prelungită a menstruaţiei (La o femee, rănită într'un accident de tren, menstruaţia s'a oprit brusc spre a nu reveni decât după trei luni; la fiece period, cicatricele rănilor uşoare de pe faţă se congestionau — *Balthazard*).

a. *Un caz de neurastenie consecutivă vaccinării:* un bărbat de 64 ani (*Achard*).

b. *Un caz de neurastenie consecutivă spaimei:* un lucrător, victimă a unei agresiuni în care'şi socotise viaţa în primejdie, s'a ales cu o neurastenie foarte pronunţată timp de trei luni (*Pinnienta*).

2. Histeria traumatică.— In nevroza aceasta, mai frecvent întâlnită decât neurastenia, traumatismul nu joacă de regulă rolul de generator, ci pe acela de agent de trezire sau de localizare a uneia din manifestările histeriei latente. Consecutivă unui şoc sau unei leziuni fizice, asociată cu un şoc psichic, nevroza se manifestă, imediat sau cu întârziere, prin simptome de paralizie (de sensibilitate şi de motilitate), de contractură, cu atrofia musculară, de monoplegie, hemiplegie sau paraplegie.

Paraliziile histeriei traumatice au semne diagnosticale deosebite de cele ale tabloului clinic al paraliziilor de origină organică (cerebrală, medulară sau neuritică): starea de nutriţie a segmentului paralizat (unul sau ambele membre, superioare ori inferioare); reacţiuni electrice, musculare şi nervoase; starea reflexelor şi starea sfincterelor.

Contractura histerică, mai puţin frecventă decât paralizia, e şi ea segmentară (monoplegică, hemiplegică, paraplegică). Se mai prezintă sub forma *arthralgiei histerice*, cu localizare mai frecventă la coccix — *coxalgia histero-traumatică* (pentru întâia oară descrisă de *Brissaud*). In marea majoritate a cazurilor, contractura e o creaţiune directă a sugestiei (La un lucrător, la care un medic diagnosticase *greşit* o leziune a măduvei şi o fractură a bazinului, s'a produs o contractură a muşchiului şoldului; rănitul mergea anevoie şi cu şoldul ţeapăn: dar de îndată ce se culca, articulaţiunea coxo-femurală se preta la toate mişcările pasive — *Balthazard*). Excepţional, contractura *reală* poate fi consecutivă *simulării* (Un lucrător, în scopul de a obţine renta invalidităţii, îşi imobilizează voluntar umărul, printr'o contracţiune a muşchilor periscapulari, oridecâteori un medic procedează la examinarea articulaţiunii; ideea impotenţei dorite a umărului se imprimă adânc în spiritul simulatorului şi contracţiunea devine o adevărată contractură — *Brissaud*).

a. *Un caz de monoplegie a braţului drept, cauzată de un foarte slab curent electric:* un tânăr, electrizat cu un aparat din acele cari se utilizează prin bâlciuri, s'a ales cu o monoplegie a braţului drept.

b. O telefonistă, atingând un fir al soneriei (curent de 40 volţi), avu o sincopă, iar la trezire prezintă o *hemiplegie dreaptă cu contractura facială dreaptă.*

3. Histero-neurastenia traumatică se caracterizează prin asociarea unora din elementele tablourilor clinice ale neurasteniei şi histeriei traumatice (simptomele de motilitate, de sensibilitate şi sensoriale), în plus simptomele psichice.

4. Epilepsia traumatică e de regulă o manifestaţiune tardivă a nevrozei consecutive traumatismului.

a. *Vezi mai departe cazul de epilepsia mortală după 25 ani dela traumatism, citat la „Consecinţele tardive ale rănirii cu arma de foc".*

b) *Un caz de epilepsie consecutivă hidrocefalului intern,* dobândit după un traumatism al craniului, fără identificarea pe loc a unor leziuni externe sau interne *(Gierlich-Heile, 1927).*

c) *Un caz de epilepsie tardivă consecutivă unei comoţiuni cerebrale:* în *1920* cade dintr'un car (pierderea cunoştinţei, vărsături, cefalee): începând cu Martie *1927*, are accese de epilepsie — *Weygandt*, 1928.

d) *Epilepsia tardivă consecutivă descărcării unui foc de revolver în zona fronto-parientală, cu extragerea proectilului:* la vârsta de 13 ani, un băiat încearcă să se sinucidă; la 3 luni dela extragerea glontelui, are accese epileptice tipice, cari persistă timp de 5 ani *(Vivaldo*, 1929).

5. Sindromul lui Parkinson. — Paralizia agitantă traumatică nu e admisibilă decât în cazuri de grave traumatisme ale centrilor nervoşi. Şocul emotiv, supărările, sunt incapabile de a crea leziunile organice caracteristice acestei nevroze.

6. Vertijul traumatic e în genere consecutiv unui traumatism interesând craniul. Verificarea lui se face prin proba mersului în stea, descrisă de *Leclerq, Muller şi Boudeville* (1929):

a) Intr'o circonferinţă cu o rază de 3 m. şi cu diviziuni de câte 10 grade se duce un diametru trecând prin *180*° (punctul de pornire) şi 0° (360°) (punctul de direcţiune).

b) Individul, cu gâtul liber de orice compresiune (guler, cravată, fular) dar cu ochii legaţi, e aşezat în picioare în punctul de pornire şi cu faţa spre punctul care marchează 0° (360°).

c) La comanda examinatorului, individul porneşte şi, de îndată ce atinge un alt punct al circonferinţei, e pus să meargă deandărătelea, până ajunge din nou la linia circonferinţei. Proba aceasta a mersului procesiv şi regresiv se repetă de cel puţin 5 ori. Dacă persoana examinată e surdă sau simulează surzenia şi nu aude sau se preface că nu aude comanda, un auxiliar al expertului o face să înainteze sau să vină înapoi, apăsând cu indexul pe mijlocul spatelui sau al pieptului.

d) Se însemnează prin litera *W* unghiul format de un drum procesiv şi de unul regresiv, iar mărimea acestui unghiu se exprimă în grade, luând ca origine planul de simetrie al individului, aşezat în poziţia lui de pornire. Suma unghiurilor va reprezinta reacţiunea totală. O deviaţiune dextrogiră se indică pri semnul + iar una sinistrogiră prin —.

e) Reacţiunea normală: o deviaţiune angulară mai mică decât 90° în 5 W.

f) Reacţiunea patologică: o deviare angulară superioară unui unghiu total de 90°, format din adiţionarea celor 5 W.

5. Psichozele traumatice, consecutive oricărei leziuni, dar îndeosebi unui traumatism interesând capul, nu constitue o entitate clinică specifică. Singurul element diferenţial e că, în psichoza comoţională, pierderea cunoştinţei iniţiale lipseşte cu totul sau apare tardiv, ori e înlocuită prin hebetudine.

Turburarea mintală isbucneşte sau neîntârziat sau după câte-va zile ori chiar câteva luni; în cazurile tardive se notează, în intervalul liber, simptome morbide premonitorii.

Manifestarea psichozei e favorizată de terenul deacum însămânţat direct sau prin repercursiune: 1. boala *preexistentă* (imbecilitatea, histeria, epilepsia, arterio-scleroza, alcoolismul cronic, sifilisul sistemului nervos central); 2. *predispoziţia* (diversele psichopatii, iritabilitatea, forma hipochondro-neurastenică, forma epileptoidă); 3. *tarele ereditare* (psichopatiile, alcoolismul, epilepsia, arterioscleroza).

I. Paralizia progresivă tardivă. — *a*) Bărbat de 36 ani; în căderea în curte, se loveşte violent la occiput şi rămâne 5—10 minute fără cunoştinţă; ulterior se plânge continuu de dureri de cap şi în curs de *6 luni* face o paralizie progresivă până la demenţa complectă (*C. I. Urechia şi S. Mihăescu*, 1929).

b) Femee de 27 ani. La 12 ani are accese epileptiforme. La 21 ani îşi trage un foc de revolver în regiunea frontală dreaptă: operaţia trepanului fără găsirea glontelui; vindecare. Timp de 7 ani duce viaţa unei prostituate. La 26 ani se pronunţă efectul primar al paraliziei progresive. La 28 ani, manifestare apoplectiformă cu demenţă progresivă şi însoţită de accese epileptiforme. Moartea (*Marchand*, 1928).

* * *

Paralizia progresivă poate avea ca origine nu numai un traumatism fizic, inclusiv simpla comoţie cerebrală, ci şi unul psichic (trei observaţiuni în cari boala mintală s'a produs în urma şocului nervos cauzat de o mare supărare; primele simptome clasice ale paraliziei progresive s'au notat: în primul caz la 2 luni, în al doilea la 3 şi în al treilea la 7 luni — *Hinsie*, 1928).

II. Delirul cu impulsiunea agresivă. — *a*) Profesor originar din România, în vârstă de 40 ani, fără tare psichopatice şi fără antecedente. In 1916 e rănit grav la cap de un glonte de şrapnel: timp de 14 zile rămâne fără cunoştinţă, e operat într'o clinică vieneză şi redevine teafăr. Timp de 2 ani, cât mai stă la Viena, dă dovadă de un rar temperament vesel. In 1918 se întoarce în ţară, îşi reocupă catedra şi până în 1925 se achită complect satisfăcător de îndatoririle lui. In anul acela îi scade subit puterea de muncă, însoţită de turburări de coordonare ale mersului, ale vorbirii şi mimicii. Intr'o noapte îşi împuşcă soţia. *Examenul psichic:* grave turburări mnezice şi de orientare, afectibilitate, confuziune delirantă (*Lichler-Folberth*, 1927).

b) Bărbat de 45 ani. Un defect osos în zona fronto-temporală consecutiv unui vechiu traumatism cranian. Schizofren cu indispoziţii periodice, în cursul cărora manifestă impulsiuni agresive şi tendinţa la abuzul de alcool (*Del Greco*, 1928).

III. Perversiunea caracterului. — In 4 cazuri de răniri craniene, în zona frontală, s'a observat accentuate modificări de caracter. La 2 pacienţi, foarte tineri: iritabilitate excesivă, acţiuni violente, perversiuni sexuale. La ceilalţi doi, ceva mai în vârstă; aceleaşi manifestaţiuni, în plus un uşor defect de inteligenţă şi slăbirea memoriei (*Morseli*, 1923).

XVI. Interpretarea cauzei morţii

Demonstrarea legăturii între efect şi cauză e lesne numai atunci când sau însuş faptul medical constatat îndeplineşte caracterele unei leziuni mortale, sau complicațiunile sunt suficiente spre a explica moartea. Interpretarea devine, însă, anevoioasă, atunci când disproporția e enormă între cauza incriminată și efectul catastrofal.

1. O lovitură relativ ușoară pe brațul stâng: *a)* mare sufuziune sanguină; *b)* după 6 zile, dureri violente în coasta dreaptă, însoțite de cianoză, puls rapid și moartea în chiar aceeaș zi; *c)* la autopsie: un cheag în venă în apropierea inimii; dinapoia peritoniului un hematom retrocecal; *d)* splină de câteva kilograme. *Interpretarea*: leucemie mieloidă cronică; hematomul datorit unei modificări a coagulabilității sângelui, agravată de o tendință familială de hemofilie (*Brialmont*, 1926).

2. Un bărbat de 41 ani cu aparență sănătoasă moare la câteva ore după o contuziune neînsemnată a genunchiului. *Autopsia*: endocardită și miocardită accentuată, cu formațiunea de trombusuri în inima stângă, dilatația cordului. *Interpretarea*: moartea consecutivă unui șoc nervos cu repercursiune asupra inimii deacum bolnave — (*Nanille*, 1928).

Uneori, consecutiv unui traumatism unic, găsim o serie întreagă de leziuni, dintre cari nu una, ci *câteva* sunt de natură a explica moartea. In atare caz expertul se va strădui să interpreteze cauza originară a fiecăreia din leziunile anatomice constatate.

La ridicarea unei mari greutăți, e apucat de violente dureri în regiunea sacrală și cade pe spate pe pământul înghețat, unde rămâne nemișcat timp de câteva ore. Se constată paralizia ambelor picioare, paralizia vesicei și a rectului, pneumonie, meningită; în urmă moartea. *Autopsia*: ruptura musculaturii fesiere din dreapta; ruptura celei de a 2-a vertebre lombare, cu ruptura meningelor medulare, meningită purulentă și focar de ramolisment sanguin al măduvei lombare. *Interpretarea*: ruptura musculaturii fesiere prin ridicarea greutății; ruptura coloanei vertebrale prin cădere; leziunea măduvei prin fractură; pneumonia prin răcire; sepsia pneumococică și meningita purulentă consecutive leziunii măduvei — (*Lange*, 1929).

Aparențe anamnezice militează în favoarea unei morți violente și cu toate acestea autopsia duce la concluzia opusă — moarte naturală:

Cade depe scară pe când curăța un pom de omizi; în primul moment, moartea e atribuită traumatismului. — *Autopsia*: nici o leziune anatomică de atribuit traumatismului; leziune mitrală reumatismală cu embolia arterei sylviene și o pachimeningită hemoragică. — *Interpretarea*: moarte naturală prin embolie cerebrală, de oarece decedatul suferea de o cardiopatie reumatismală. (*Reuter*, *1925*).

Exemplele citate ne arată, că expertul are de determinat nu numai cauza reală a morții, dar și corelațiunea mai apropiată sau mai îndepărtată între cauzalitate și efect, adică să demonstreze cauza primară și, eventual, cauza secundară (complicațiunile).

I. Cauza directă

Efectul poate fi neîntârziat sau tardiv.

A. Legătura directă și neîntârziată între efect și cauză există în:

1. *Leziunile grave cari interesează organele sediu al funcțiunilor*

vitale: creerul, bulbul, măduva spinării, plămânii, inima (vezi mai departe diversele leziuni la studiul fiecăruia din aceste organe).

2. *Hemoragiile* externe, interne și mixte, consecutive leziunilor grave ale inimii, ale vaselor mari și ale organelor parenchimatoase bogate în sânge (plămânii, pancreasul, ficatul, splina). Indeosebi în ce privește *pancreasul* e de observat că hemoragia izolată a acestuia se poate produce sau spontan (pancreatita hemoragică) sau prin comoție și strivire și atunci moartea rapidă — controversată însă — e consecutivă interesării plexului solar sau a ganglionului semi-lunar.

Ori ce fel de hemoragie, spre a fi mortală, trebue să reprezinte pierdererea a cel puțin 20—25°/₀ din cantitatea totală a sângelui. In hipoplasia întregului sistem arterial, o pierdere sanguină mult mai mică e suficientă pentru a provoca moartea (un litru și chiar numai 750 mililitri; la noul născut ajunge o pierdere hemoragică de 40—50 grame).

In nici un caz nu se scurge întreg lichidul sanguin; chiar în hemoragiile cele mai violente mai rămâne, în medie, 6—7°/₀.

Moartea consecutivă hemoragiei se traduce prin anemia, care e mai pronunțată în hemoragia externă abundentă. Anemia se traduce prin: paloarea pielei și a mucoaselor; atenuarea colorațiunii lividităților și a formațiunilor hipostatice; întârzierea putrefacției; modificarea colorației țesuturilor viscerale (ficatul și rinichii, albicioși în anemia acută, sunt de o culoare mai închisă, prin hipostază, în hemoragia mai mică; plămânii uscați și albicioși sau gălbui, miocardul palid; vacuitatea inimii, cu prezența însă a unor cheaguri în auriculul și ventriculul stâng; cheaguri sanguine se pot nota și în porțiunea inițială a aortei și în aceea a arterei pulmonare. Tabloul acesta nu e totdeauna complect; uneori se găsesc organe neanemiate: în creer, de exemplu, chiar în caz de hemoragie consecutivă unei răni adânci a gâtului, se găsește un conținut sanguin destul de mare.

Vom mai observa că, în aspirația abundentă a sângelui în plămân, e greu de identificat anemia primară consecutivă hemoragiei.

In sfârșit, anemia nu trebue întotdeauna interpretată ca o dovadă a unei hemoragii mai mult sau mai puțin violente: 1 anemia poate fi anterioară leziunii traumatice care a cauzat moartea (leucemia, anemia progresivă pernicioasă, cachexia consecutivă carcinomului sau tuberculozei); 2. la cadavrele putrefiate sau macerate, vacuitatea inimii, a vaselor mari și a altor organe e un fenomen parțial al descompunerii avansate sau a macerării (sângele lichefiat imbibă pereții vaselor, țesuturile vecine, pungile seroase și transsudează prin piele).

3. *Embolia.* — a. De tipul grăsos, embolia omoară în câteva ore până la câteva zile, iar în intervalul liber se notează o stare

soporoasă sau comatoasă. Sunt și excepții de supraviețuitoare, atunci când embolia nu suprimă funcțiunea respiratorie sau nu provoacă hemoragii cerebrale mai întinse. — *b.* Embolia *gazoasă* provoacă moartea rapidă, fulgerător sau în maximum câteva ore.—*c.* Rapiditatea morții în embolia *histologică* depinde, ca și în cea grăsoasă, de mărimea embolusului și de extensiunea fenomenului. — *d.* Cât despre *embolia prin corpi streini exogeni,* ea e de regulă instantaneu mortală.

4. *Asfixia* e cauză a morții atunci când, fără a fi prin ele însele mortale, se notează mai multe răni interesând toracele și stingherind astfel dilatarea plămânilor. Moartea prin asfixie e frecvent consecutivă unei tăeturi adânci la gât care provoacă pătrunderea sângelui în căile aeriane.

5. *Șocul traumatic* cauzează moartea rapidă; iar atunci când îmbracă forma inhibitivă e instantanee. — *Tabloul clinic*: paloarea și alterarea trăsăturilor feței care e acoperită de o sudoare rece, puls mic, neregulat; respirație slabă, scăderea temperaturii cu răcirea extremităților. — *La autopsie,* se notează sau o rană externă mai însemnată sau una ori câteva de minimă importanță, sau însfârșit absența oricărei leziuni externe, chiar numai cutanată. Zonele traumatizate, cari prin excelență sunt susceptibile de a favoriza moartea prin șoc, sunt: unghiul maxilar, bărbia, gâtul, ceafa, carotidele, laringele, toracele (prin repercusiunea asupra pleurei), regiunea precordială, zona stomacului, abdomenul, testiculele, uterul. La examenul intern se poate excepțional nota hiperemia, dilatarea și repletiunea excesivă a vaselor abdominale, îndeosebi a celor intestinale (experiența lui *Goltz* asupra animalelor: în vase se găsește o cantitate de sânge până la de 16 ori mai mare decât cea normală); tabloul acesta se observă în comoțiunea traumatică a regiunii abdominale. Dar rezultatul examenului necropsic poate fi și complect nul.

B. **Legătura directă dar tardivă** între cauză și efect se explică prin: procese morbide locale neinfecțioase, rezultând din evoluția rănii: leziunile valvulare de origine cicatricială, ulcerele stomacale, siringomielia consecutivă unei hematomielii.

II. Cauza indirectă

Legătura între efect și cauza secundară se identifică prin:

1. **O infecțiune locală:** flegmonul (circumscris sau difuz), gangrena, erisipelul, osteo-mielita, tuberculoza osoasă, pericardita, pleurita, pneumonia, meningita metastazică, abcesul cerebral metastazic.

2. **Infecțiunea generală:** tetanosul, ichoremia, piemia, septicemia, tuberculoza, turbarea.

3. **Afecțiuni locale** cari se pot nota: *a) pe locul traumatizat:* tumoarea cerebrală, tromboza sinuzală cerebrală, apoplexia tardivă, edemul glotei, cardiopatiile; *b) prin repercursiune, la o distanță mai*

mare sau mai mică: embolia cerebrală (în leziunile pulmonare), embolia grăsoasă sau histologică a arterei pulmonare (în leziunile ficatului), pneumonia aspiratorie și hipostatică, strangularea hernială, ocluziunea intestinală, paralizia intestinală (prin sudurile peritoneale în leziunile abdominale consecutive unei înțepături sau proectilului unei arme de foc).

4. **Afecțiuni generale:** diabetul, uremia, cholemia (manifestându-se prin febră, convulsiuni, icter), anemia, nevrozele, delirium tremens, psichozele.

XVII. Intervalul de supraviețuire în leziunile mortale

E de demonstrat că în unele cazuri, chiar atunci când leziunea mortală interesează creerul și inima, omul mai poate supraviețui timp de câteva ore sau chiar câteva zile și, excepțional, să-și conserve intactă sau știrbită luciditatea spiritului și deci să mai fie capabil de a face declarațiuni și a lua dispozițiuni (prin viu graiu, în scris sau prin semne inteligibile). Nu mai vorbim de cazurile extrem de rare când o rană, care e de regulă mortală, e totuș compatibilă cu o lungă supraviețuie, chiar de ani de zile.

Edificatoare, în această privință, e următoarea observație a lui Sterba 1924: Un tânăr, după ce s-a împușcat în tâmpla dreaptă, a mai putut pune revolverul la locul unde-l luase, să se întindă pe un divan și să aibă cunoștință de tot ce se petrecea cu el și în jurul lui, deși după aceea n'a mai putut să se miște și să vorbească. Cu toate acestea s'a înregistrat minunea: proectilul, încarcerat în emisfera stângă, n'a fost extras, sinucigașul s'a restabilit după oarecare timp; glontele, prin migrațiune, a pătruns mai adânc în cursul anilor de supraviețuire, fără însă ca să apară fenomene de oarecare gravitate.

* * *

După regiunile interesate, intervalul de supraviețuire se notează în:

1. Leziunile capului

Supraviețuire relativ lungă. Câteva din observațiile cele mai concludente ce s'au făcut:

a. După ce'și trage un glonte în mijlocul frunții, descarcă din nou arma în urechea dreaptă și apoi, tot *în picioare*, își trage un foc de revolver în gură *(Brouardel)*.

b. După ce și-a tras două focuri de armă în cap, *a mai putut să alerge și să strige* (Tardieu).

c. Capul zdrobit cu un ciocan; primele două circonvoluțiuni frontale din stânga sunt interesate pe o lungime de 4 cm., pe o lățime de 2,5 cm. și pe o adâncime de 1 cm. După 30 ore mai e capabil să răspundă judecătorului de instrucție. Nu moare decât după 5 zile *(Vibert)*.

d. Un glonte pătrunde prin partea posterioară a capului, străbate în întregime lobul stâng al creerului pe axa mare şi interesează corpii opto-striaţi. Cu toate acestea e capabil să mai facă un drum de 1 km. dela locul atentatului şi să urce scările unui etaj. Moartea după 6—7 ore (*Vibert*).

2. Leziunile gâtului

Intervalul de supravieţuire e destul de lung:

a. După ce şi-a făcut la gât o tăietură mortală (secţionarea carotidelor), a mai mers 50 metri până la un copac în care a înfipt cuţitul; apoi s'a întors spre locul de unde pornise şi abea după aceea s'a prăbuşit (*Legendre-Provent*-1929).

b. O fată de 20 ani e atacată de un individ, care'i secţionează aproape complect, până la coloana cervicală, feţele antero-laterale ale gâtului. Victima mai are putere să se'ntoarcă acasă, la 50 metri de locul atentatului, să treacă prin grădină în bucătărie şi de aci în sufragerie (unde era adunată familia) şi să se aşeze pe un scaun. Nu mai poate vorbi; la o primă întrebare a mamei răspunde cu un semn negativ; la a doua întrebare, răspunde afirmativ, de astă dată în şoaptă — şi apoi cade moartă (*Blench*-1929).

c. Pe câmp. îşi face cu briciul o tăietură în laringe şi faringe, până la coloana vertebrală. Apoi aruncă briciul, se târâie câţiva paşi şi, pe un frig mare, rămâne culcat pe pământ, restul zilei şi toată noaptea. A doua zi se scoală, se duce în oraş; dar în drum leşină. E ridicat şi dus acasă şi de aci la spital, unde mai supravieţueşte 14 zile (*Hofmann*).

3. Leziunile plămânilor

Supravieţuirea, mai scurtă ori mai lungă, e posibilă, atunci când ruptura interesează numai un plămân, când plămânul e fixat de torace prin aderenţe şi când vasele mari sunt cruţate.

4. Leziunile inimii

In prealabil e de observat că rapiditatea morţii e în funcţiune atât de sediul rănii, de natura acesteia şi de adâncimea ei, cât şi de instrumentul cu care a fost făcută. Uneori rana, deşi trebue socotită mortală, se vindecă prin intervenţie chirurgicală, dar ulterior se produce moartea cu alură mai mult sau mai puţin fulgerătoare, din cauza insuficienţei cardiace care a rămas ca un vestigiu al traumatismului; în atare caz, fireşte, intervalul de supravieţuire e mult mai lung decât cel mijlociu admis.

Observată încă de *Ambroise Paré*, supravieţuirea în leziunile inimii e foarte frecvent notată:

a. Un jandarm, lovit în inimă cu cuţitul, are puterea să scoată sabia, pe care însă agresorul i-o smulge din mână; victima scoate atunci carabina dela umăr şi cu un foc ucide pe bandit şi numai după aceea se prăbuşeşte—*Kratter*, 1925.

b. Cu inima străpunsă, cu, în plus, leziuni grave la plămân şi stomac, victima mai e în stare să se dea jos pe scări, să urce alte scări spre a se duce în camera lui, unde expiră — *Tardieu*.

c. O femee îşi dă două lovituri de cuţit între a 7-a şi a 8-a coastă; deşi are pericardul străpuns şi o rană în miocard, mai are totuşi puterea să se spânzure de fereastră — *Fischer*.

d. Cu o rană de cuţit care străbate pericardul şi ventriculul stâng, cu o revărsare sanguină de 100 cc. în pericard şi de 300 cc. în pleură, nu numai supravieţueşte 4 zile, dar încă, a doua zi după rănirea aceasta mortală, a fost capabil să ridice greutăţi mari — *Strassmann*.

e. Cu o lovitură de cuţit în inimă o femee de 32 ani supravieţueşte 67 zile; la autopsie se constată că moartea a fost cauzată de o deschidere a cicatricei rănii, ceeace a avut de urmare o revărsare de 2 litri de sânge în pericard.

f. Rana penetrantă din inimă se vindecă dela sine; dar după alte 2 săptămâni individul moare subit în momentul când se ridica depe scaunul latrinei—*Fischer*.

A. **După sediu.** — Moartea se instalează mai repede în leziunile auriculare decât în acele ale ventriculelor.

1. Statistica lui *Tourdes:* din 24 răni izolate ale ventriculului drept, în 22 intervalul de supravieţuire a fost de 4-8 zile şi numai în 2 moartea s'a produs în maximum 2 zile; în 3 din 12 cazuri de rănire a ventriculului stâng, s'a mai notat o supravieţuire de câteva ore.

a. Cu ventriculul stâng spintecat, victima mai e capabilă să fugă, spre a nu se prăbuşi decât într'o altă stradă (*Hofmann*).

b. Cu ventriculul stâng perforat de un glonte de revolver, mai poate arunca o lampă în capul adversarului ceeace are de urmare un început de incendiu; se duce în curte, umple o găleată cu apă, se întoarce, stinge focul şi apoi se culcă in pat, unde e găsit mort (*Vibert*).

2. Rănile perforante ale auriculelor cauzează de regulă moartea instantanee ori rapidă; dar sunt şi excepţii de supavieţuire dela câteva ore până la 1—2 zile. Edificatoare e observaţia lui *Kockel:* cu auriculul stâng străpuns de un glonte şi cu o revărsare de 100 cc. de sânge in pericard. a supravieţuit 2 zile.

3. O supravieţuire de 8 zile a fost notată de *Rosenthal* într'o leziune a inimii cu perforarea septului.

B. **După natura instrumentului.** — Moartea se produce mai repede în leziunile cauzate de proectilul armei de foc şi de contuziunile grave (strivire), decât în rănile făcute cu instrumentele tăioase, înţepătoare-tăioase. Deasemenea moartea e mai repede în leziunile perforante ale întregii inimi, decât în cele perforante cari interesează numai un perete al organului.

1. Momentul morţii, în leziunile făcute cu *arma de foc*, depinde şi de calibrul proectilului: gloanţele de calibru mic îngăduie o supravieţuire mai lungă. Aceasta şi explică dece un sinucigaş poate să-şi descarce câteva focuri de revolver în regiunea precordială.

a. Un tânăr de 19 ani a putut să-şi tragă 3 focuri în regiunea inimii, dintre cari 2 au străbătut toată inima, iar unul s'a înfipt în ventriculul stâng (*Hofmann*).

b. Unul şi-a putut trage 6 gloanţe, dintre cări 4 au fost găsite în inimă (*Puppe*).

Intervalul de supravieţuire, am spus, e de câteva ore până la 1—2 zile; dar se pot nota şi vindecări complecte: o statistică de 110 perforări ale inimii arată o supravieţuire de ani de zile în 3 cazuri.

2. Rapiditatea morţii în rănile făcute cu instrumente înţepătoare. înţepătoare-tăioase depinde de forma şi volumul obiectului vulnerant. — Din 77 cazuri, moartea s'a produs de 23 ori numai

în *câteva minute*, de 15 ori în *mai mult de o oră*, de 29 ori în *una până la câteva zile*, de 10 ori *după o lună* (statistica lui *Loison*).

Uneori se notează și *vindecarea complectă:* din 25 înțepări cu acul, supraviețuire *de ani de zile* în 9 cazuri; din 90 răniri cu cuțitul, pumnalul, baioneta, floreta, etc., *supraviețuire îndelungată* în 11 cazuri.

3. *Rănile contuzive* — strivirea mai mare sau mai mică a inimii — nu îngădue decât o scurtă supraviețuire: din 82 observații, *moartea fulgerătoare* în 24 cazuri; *o supraviețuire de câteva minute* în 29; *o supraviețuire dela câteva ore la câteva zile în restul de 29 cazuri* (Statistica lui *Schuster*).

4. *Leziunile simultane ale inimii și ale altor organe.* — Și în atari cazuri se notează excepții de supraviețuire de o durată variabilă.

a. Ducele de Berry, cu perforarea plămânului drept, a pericardului și a auriculului drept (lovitură de pumnal) supraviețuește *7 ore* — *Dupuytren*.

b. Prin peretele abdominal e străpuns ficatul, diafragma și inima. Sincopă de câteva minute. E dus la spital, de unde vrea să plece după 8 zile. Reținut cu forța, are un acces de furie, urmat de delirium tremens și sucombă după câteva ore. *Autopsia:* moartea cauzată de ruptura cicatricei în formațiune a inimei *Brouardel*).

5. Leziunile arterelor mari

Prin hemoragia internă consecutivă ele cauzează în genere o moarte aproape fulgerătoare. Se notează însă și cazuri de supraviețuire dela câteva minute la câteva ore și chiar câteva zile, după importanța revărsării sanguine.

a. E lovit în duel cu spada, în spațiul dintre a 3-a și a 4-a coastă, cu o rană penetrantă a aortei (4,5 mm. diametru), urmată de hemoragie în tunica celuloasă, pe porțiunea dela crosă la diafragmă, în mediastinul posterior și în partea dreaptă a toracelui. Rămâne în picioare, se împacă pe teren și moare după *15 minute* (Tourdes).

b. Supraviețuește *12 ore* cu o perforare a aortei toracice (*Kockel*).

6. Leziuni simultane ale arterelor și ale altor organe

O lovitură de cuțit cauzează o rană penetrantă în peretele toracic, un hematom pleural stâng de 650 gr. sânge, un hematom și o rană a feței anterioare a aortei, în vecinătatea bazei inimii: *supraviețuește 39 zile.* La autopsie se constată că plaga e aproape în întregime obturată de un burete fibrinos (*Thoinot*).

7. Leziuni ale organelor din cavitatea abdominală

Supraviețuirea poate dura dela câteva minute la câteva ore și chiar câteva zile.

a) *Tamponat:* strivirea totală a splinei, mai multe rupturi ale ficatului, o ruptură transversală a rinichiului drept. Pierde cunoștința, își revine și moare în drum spre spital.

b) *Lovitură de copită în abdomen*: strivirea lobului stâng al ficatului; plesnirea rinichiului. Se ridică, urcă scările până la etajul I, se duce în closet unde pierde cunoștința și moare (*Hofmann*).

c) *Femee însărcinată.* — Eventrare; avort; ruptură vaginală, ruptură uterină, ruptură a peritoniului, intestinele aproape complect smulse de ucigaş (nu mai rămaseră decât 50 cm. sus şi 8 cm. jos). Victima a supravieţuit 45 minute şi a mai fost auzită gemând şi rugându-se. (*Tardieu, Orfila, Cloquet* cari, consultaţi, au admis această supravieţuire).

d) *Facere laborioasă: copilul mort în uter.* Femeea suportă timp de 2 ore intervenţia mamoşului, care are de urmare sfâşiarea uterului. Parturienta mai supravieţueşte încă o oră (*Mauriceau*).

e) *Strivit de un vehicul*: ruptura diafragmei, ruptura complectă a jejunului, strivirea splinei. Mai e capabil să facă pe jos 3 km. şi moare abea a 2-a zi —*Devergie*).

XVIII. Incapacitatea de lucru

Definiţia. — Nici codul penal nici cel civil nu dau definiţia incapacităţii de lucru; numai legea pentru organizarea meseriilor, creditului şi asigurărilor muncitoreşti prevede ajutoare băneşti (*art. 114*), îngrijire medicală (*art. 117* şi *119*), rentă de invaliditate parţială sau totală (*art. 142*) şi pensia pentru erezi, în caz de moarte a accidentatului (*art. 141* şi *143*). Condica penală *pomeneşte* numai de incapacitatea de lucru (*art. 238, 239, 240, 245* şi *319*). Legea civilă nici măcar nu menţionează termenul, ci se mărgineşte la enunţarea generică a obligaţiunii despăgubirilor civile (*art. 998—1003*).

Şi o definiţie e necesară, deoarece nu ajunge ca faptul medical, care formează obiectul expertizei, să fie real, pentruca *ipso facto* să existe incapacitatea profesională. In adevăr, se prezintă infirmităţi sau invalidităţi dintre acelea cari nu suprimă nici măcar parţial putinţa pentru cel lezat de a-şi vedea de îndeletnicirea lui obicinuită. De exemplu: desfigurarea unui muncitor cu mâinile nu'i ridică acestuia capacitatea de a continua lucrul fără sau cu o întrerupere temporară; pe când desfigurarea ireparabilă a unui actor sau a unei actriţe, a unui cântăreţ sau a unei cântăreţe, a unui model (pentru pictori şi sculptori), a unui „manechin“ (din saloanele de expoziţie ale caselor de mode şi confecţiuni), etc. etc. răpeşte persoanei lezate putinţa de a-şi câştiga mai departe existenţa cu îndeletnicirea anterioară faptului medical. Nu este lipsit însă de posibilitatea de a-şi agonisi traiul muncitorul analfabet căruia leziunea îi cauzează agrafia sau alexia. — Etc. etc.

Acesta e şi spiritul jurisprudenţei franceze: Tribunalul Senei (sentinţă din 1903) declară că *nu există incapacitate nici măcar parţială pentru un lucrător tipograf căruia, în timpul lucrului, o maşină i-a strivit testiculele şi penisul.* Vom adăuga, însă, că în atare caz, victima are dreptul la o despăgubire civilă atât pentru îngrijirile medicale de cari a avut nevoie cât şi drept compensaţie pentru mutilarea suferită. — Dimpotrivă, *un orb,* de exemplu, poate invoca incapacitatea de lucru, atunci când are mâna sau mâinile parţial mutilate sau amputate, pentrucă noua stare în care se află nu'i mai îngăduie să se servească de mână sau de mâini cari, pentru acest infirm, sunt nu numai instrumentul de muncă, dar *înşişi ochii*. De incapacitatea de lucru se poate prevala lucrătorul specialist într'o uzină de parfumuri, chimistul, etc., atunci când leziunea le suprimă total sau le diminuează numai simţul mirosului. Precum, de exemplu, sunt loviţi de incapacitate de lucru bucătarul sau bucătăreasa cari, din cauza faptului medical, pierd total sau numai parţial facultatea gustului. — Dimpotrivă, un paralitic, căruia i se cauzează leziuni grave la picioare sau mâini, nu poate invoca incapacitatea de a-şi exercita profesiunea anterioară imobilizării lui, pentrucă şi înainte de leziunea ulterioară tot beteag era.

Vom defini dar incapacitatea de lucru: *starea în care se află persoana care, în urma leziunilor sau a bolii pricinuite, indiferent dacă se vindecă ori nu, mai curând sau mai târziu, nu-şi mai poate câştiga existenţa, deloc sau numai în măsură redusă, temporar sau permanent.*

* * *

Obiectul expertizei, în ce priveşte incapacitatea de lucru, e: verificarea infirmităţii sau a invalidităţii; demonstrarea corelaţiunii între efect (infirmitate, invaliditate, eventual moarte) şi cauză; evaluarea incapacităţii.

1. **Verificarea infirmităţii sau a invalidităţii**, pentru dovedirea unei eventuale exagerări sau chiar simulări. Pentrucă nu trebue să se piardă din vedere nu numai reua-credinţă, dar şi psichoza specifică botezată *sinistroza* — ideea fixă de a avea dreptul la o indemnizare pentru o leziune sau afecţiune imaginară.

2. **Corelaţiunea între faptul medical şi cauza invocată.**—Nu e vorba numai de o corelaţiune imediată, ci şi de una tardivă, pentrucă, după cum se va vedea la examenul amănunţit al leziunilor şi al bolilor, efectul poate să se manifeste nu numai după zile şi luni, ci chiar după ani. (Am notat, între altele, un caz de moarte într'un acces epileptic în legătură directă cu un traumatism vechiu de 25 ani). Trebue, deci, să se facă rezerve asupra urmărilor secundare ale rănii sau bolii: infecţiunea tardivă, vindecarea laborioasă, formaţiunile keloidice pe cicatrice, delirium tremens al alcoolicilor, etc. etc. Se mai poate întâmpla 'ca, în perioada imediat următoare cauzei, să nu se noteze nici un efect, iar consecinţele să se manifeste tardiv; în atare caz expertul trebue să stabilească originea incapacităţii.

Precum se vede, chestiunea aceasta a corelaţiunii e de o importanţă capitală. Chiar în cazurile de moarte prin embolie grăsoasă, consecutivă unui traumatism, se poate pune întrebarea, dacă această embolie n'a putut avea o cauză originară alta decât traumatismul incriminat. Pentrucă literatura medicală înregistrează frecvent cazuri de atare embolie datorită unei afecţiuni preexistente: cardiopatiile, afecţiunile renale, pancreatita, hepatita, diabetul, pneumonia, eclampsia, septicemia, tuberculoza cronică, sarcomatoza, carcinomatoza; urmările preexistente ale narcozei cloroformice şi eterice, ale intoxicaţiei fosforice, oxicarbonice, alcoolice.

Există apoi leziuni interne spontane, atât vitale cât şi postmortale *(Vezi examenul leziunilor şi al afecţiunilor, p. 550 şi urm.)*.

Expertul nu se mărgineşte la constatarea raportului direct între cauză şi efect, ci îşi desăvârşeşte mandatul prin fixarea, cu mai mare sau mai mică aproximaţie, a *gradului acestei corelaţiuni*. Adică: existat-a sau nu o afecţiune, latentă sau evidentă, o stare predispozantă la apariţia şi agravarea leziunii ori a bolii? In ce priveşte *hernia*, de exemplu, e excepţional ca ea să fie urmarea exclusivă a unui traumatism. E îndeobşte admis că hernia traumatică e de fapt o deslănţuire a unei hernii latente sau, din cauza neînsemnătăţii ei, aproape cu totul ignorată de persoana care face obiectul expertizei. La asemenea hernioşi vechi, eficacitatea traumatismului e în funcţiune de starea şi de consistenţa peretelui abdominal. — Herniatul are dreptul la o despăgubire, atunci când se constată că violenţa exercitată sau efortul făcut la lucru a avut intensitatea şi durata necesară spre a provoca hernia, cum de altfel sună şi jurisprudenţa Curţii de Casaţie din Franţa (7 Aprilie 1921; 22 Noembrie 1922).

5. **Evaluarea incapacităţii.**-- După caz, putem prognostica: **incapacitate parţială, temporară** sau **permanentă; incapacitate totală, temporară** sau **permanentă.** Iar atunci când nu sunt excluse complicaţiunile sau efectele tardive, sau facem rezerve formale sau, dacă putem cu siguranţă prevedea dinainte procesul evolutiv, prognosticul nostru va fi: **incapacitate parţială temporară** sortită să **degenereze în incapacitate parţială permanentă; incapacitate totală temporară** menită să devină **permanentă** sau, ameliorându-se cu timpul, să se transforme *numai* în **incapacitate parţială, temporară** sau **permanentă.**

In prognosticul său expertul trebue să ţină seama şi de posibilitatea restabilirii funcţiunii la organele susceptibile de reeducare. Să nu cadă, însă, în păcatul optimismului excesiv, deoarece pentru diverse leziuni şi afecţiuni încă nu e înlăturată controversa asupra evoluţiei definitive. Aşa, de exemplu, pe când *Cocral* e de părere că diminuarea cu 1/6 a câmpului vizual nu are aproape nici o importanţă, ca una ce s'ar compensa repede prin reeducare, *Sedan* (1927) dimpotrivă nu crede în această compensare; iar în ce priveşte pierderea complectă a unui ochiu, tot *Sedan* stărue asupra primejdiei cecităţii bilaterale.— Pentru rupturile *vindecabile* ale coloanei vertebrale, *Clary* (1925) nu admite redobândirea capacităţii de lucru decât cel mai devreme după 1 an şi jumătate dela producerea faptului medical.— In ce priveşte cazurile cari impun operaţia trepanului, statisticile arată că jumătate cel puţin din numărul *trepanaţilor* au putut redobândi complecta lor capacitate profesională. Statistica lui *Stone* (1927), pentru 200 observaţii de grave leziuni craniocerebrale, e mai puţin îmbucurătoare: *99 morţi* şi numai 101 supravieţuiri prelungite. Dintre cei salvaţi: 74 $^0/_0$ vindecare complectă, 18 $^0/_0$ vindecare parţială şi 8 $^0/_0$ fără nici un semn de ameliorare.

In aprecierea gradului fiecărei specii de incapacitate de lucru expertul ţine seama şi de raportul care există între organul lezat sau boala dobândită şi îndeletnicirea permanentă a persoanei examinate. Aşa, de exemplu: leziunea oculară sau numai turburarea viziunii e de o însemnătate primordială pentru anumite meserii şi profesiuni; ankiloza, mutilarea sau amputarea mânii (diferenţiarea după dreptaci şi stângaci) are deasemenea o valoare relativă, în funcţiune de îndeletnicire; afazia, alexia, agrafia constitue o incapacitate absolută (pentru un avocat, profesor, artist dramatic sau liric, un biurocrat, etc.).

I se mai poate cere expertului — aşa cum prevăd legislaţiile streine pentru accidentele de muncă — să determine procentul de incapacitate, datorit cauzei incriminate, prin scăderea părţii de incapacitate de atribuit leziunii sau boalei preexistente. Criteriul de apreciere e acesta:

a. Atunci când cauza incriminaată pricinueşte o incapacitate a uneia sau mai multor funcţiuni distincte de funcţiunea sau funcţiunile anterior stingherite, incapacitatea susceptibilă de despăgubiri e cea globală, adică atât incapacitatea preexistentă cât şi cea consecutivă noului fapt medical.

b. Când cauza incriminată reduce şi mai mult sau suprimă complect o capacitate funcţională deacum diminuată, procentul de incapacitate de atribuit noului fapt medical se obţine prin evaluarea şi scăderea procentului preexistent din incapacitatea globală a funcţiunii sau a funcţiunilor. Cu toate acestea, când e vorba de organe esenţiale, cum e ochiul, sau de membre, incapacitatea parţială preexistentă n'ar mai trebui să se scadă din incapacitatea globală: pierderea celui de al doilea ochiu la un chior e sinonimă cu orbirea totală de atribuit cauzei incriminate; pierderea celei de a doua mâni sau a celui de al doilea picior, la un ciunt sau amputat de o mână sau de un picior, e sinonimă cu complecta invaliditate de atribuit cauzei incriminate.

4. Etiologia faptului medical.— In concluziune expertul se va pronunţa şi asupra posibilităţii ca etiologia faptului medical, atribuit unei crime sau unui accident, să fie în realitate o sinucidere sau o încercare de sinucidere sau, după cum am arătat dela început, o simulare.

CAP. II

EXAMENUL GENERAL SOMATIC ŞI PSICHIC

I. LEZIUNILE SUPERFICIALE ŞI AFECŢIUNILE PIELEI ŞI ALE PĂRULUI

1. **Smulgerea, pârlirea părului şi a perilor: alopecia** — pierderea complectă a părului vertexului, consecutivă unei plăgi fronto-parietale — *Petit*, 1927. (*Vezi „Examenul părului", vol. I, pag. 603—620*).

2. Zgârietura

De formă liniară ori curbată, regulată sau neregulată, de o lăţime variabilă, zgârietura e o leziune care nu interesează decât epiderma. Pe omul viu se formează curând o crustă; pe cadavru porţiunea desgolită a dermei are aspectul şi consistenţa pergamentului. — Zgârietura poate deveni periculoasă, prin aceea că oricând constitue un teren prielnic infecţiei.

Diagnosticul diferenţial. — Prezenţa unei sufuziuni subjacente, prezenţa unei cruste subţiri, afluxul leucocitelor în ochiurile dermei indică *natura vitală a leziunii*. Iar examenul histologic poate determina cu o mare aproximaţie timpul scurs între traumatism şi moarte. — Absenţa acestor semne pledează pentru o *leziune postmortală*.

3. Zdrelirea

De formă geometrică variabilă (reproducând mai mult sau mai puţin fidel însuş conturul instrumentului vulnerant: dinţii, unghiile, inelele dela deget, nasturii dela haine, etc.), excoriaţia e o pierdere mai mare din substanţa epidermei, uneori a dermei. Ea indică locul unde s'a produs violenţa. Atunci când nu e interesată decât epiderma, leziunea nu sângeră; în schimb, se scurge din abundenţă fibrină şi serozitate cari, uscându-se, constitue crusta. — Fiind interesată şi derma, se notează, după gravitatea leziunii, ori numai puncte hemoragice ori o extravazare sanguină pe întreaga dermă atinsă. Locul zdrelit se acoperă cu o crustă (formată din secreţiunea de serozitate albuminoasă amestecată cu picături de sânge) sub care vindecarea se operează în câteva zile, fără formare de cicatrice.

Zdrelirea neinteresând decât epiderma, urmele ei dispar repede, cel mult după o săptămână şi nu mai poate fi identificată decât la lumina piezişe. Dacă e interesată şi derma, crusta poate persista peste o săptămână, iar după căderea ei uşoara depresiune cutanată sau cicatricea cu pigmentarea negricioasă trădează locul zdrelit, chiar după trecere de 2—3 săptămâni. — Dacă moartea se produce simultan cu zdrelirea sau imediat după aceasta, hemoragia dermei poate lipsi cu totul. în orice caz e foarte neînsemnată, pentrucă, odată cu instalarea morţii, sângele se retrage din capilarele pielei.

Pe *cadavrul expus la aer,* locul zdrelit începe să se usuce, pergamentându-se şi devenind dur şi de culoare cafenie.

Diagnosticul diferenţial. — La o *zdrelire post-mortală* nu găsim semnele leziunii vitale, dar nu e mai puţin adevărat că numai coloraţiunea locului atins nu e suficientă spre a ne putea pronunţa cu hotărîre. Şi aceasta pentrucă foarte des coloraţia foarte variabilă a zdrelirii post-mortale poate fi aceea a unei leziuni vitale: 1) roşeaţa poate fi datorită elementului colorant al sângelui difuzat, atunci când locul lezat se află în vecinătatea hipostazei; 2) roşeaţa mai poate fi efectul unei revărsări plane (pată sau dungă) în stratul pergamentat, în zona hipostasică. Numai atunci când disicarea e combinată cu o sufuziune în ţesutul celular sau în cel grăsos subcutanat, avem certitudinea leziunii vitale. Mai e de observat, că o pergamentare post-mortală circumscrisă a pielei se poate nota şi în absenţa unei excoriaţii vitale, acolo unde tegumentul e umed (buzele gurii, vintrele, vulva, scrotumul copiilor, urmele strangulării ori şanţul spânzurării). — Zdrelirea post-mortală variază, în ce priveşte coloraţia, după cum se găseşte ori nu pe o parte declivă: pe declivităţi, se pot nota picături de sânge; pe părţile nedeclive, escoriaţia e umedă şi are culoarea dermei anemice.

Indeosebi, în ce priveşte urmele sau şanţul de strangulare şi de spânzurare, e de relevat:

a) Numai prezenţa unei sufuziuni în afară de zona hipostasică e un semn de certitudine a originii *vitale* a leziunii.

b) Sub şanţurile şi impresiunile de origine vitală, în partea anterioară a gâtului, vasele şi ramificaţiile lor sunt umplute cu mase roşii-negricioase.

c) Pe marginile şanţului şi ale impresiunilor de origine vitală, în partea anterioară a gâtului, se văd vase superficiale umplute cu sânge omogen.

d) Dimpotrivă, vesiculele umplute cu ser nu au o valoare de diferenţiare diagnosticală, pentrucă ele, ca unele ce au o origine mecanică, se pot produce şi după moarte.

4. Sufuziunile sanguine

Atunci când sângele extravazat se infiltrează şi se coagulează în ochiurile ţesutului avem o *echimoză;* iar, dacă revărsarea îşi are sediul in țesutul celular subcutanat, avem un *hematom* (bosă, pungă sanguină)

A. **Echimoza (vânătaia)**

Se notează sau izolată sau însoțind o altă leziune cutanată (contuziune sau ruptură).

I. **Se formează mai lesne** la copii, la femei și la bătrâni, la hemofili și la scorbutici. Aceasta se explică prin fragilitatea vaselor. Indeosebi în ce privește femeea, nu o dată se văd apărând, pe brațe și pe coapse, pete echimotice de pe urma celui mai ușor traumatism fizic (o simplă sugere cu gura, o ciupitură) și chiar a unui simplu *traumatism psichic*.

Gradul de intensitate al echimosei depinde de locul lezat: e mai mare în regiunile osoase și mai slabă in cele moi: așa, se poate întâmpla ca, în traumatismele grave interesând regiunea abdominală și având ca urmare o adevărată strivire a viscerelor din această cavitate, să nu se noteze pe tegument nici o echimoză. Intensitatea depinde și de importanța vaselor sanguine superficiale lezate: sufuziunea e mai abundentă în spațiul dintre pericraniu și galea aponevrotică, decât în periost, la pleoape, scrotum, vulvă.

II. Echimoza poate fi **superficială** ori **profundă**.

a) *Superficială* echimoza apare, pe omul viu, cu atât mai repede cu cât extravazatul sanguin e și el mai superficial. Așa că o echimoză a țesutului celular subcutanat va apare mai târziu. Când pielea e intactă, echimoza poate apare abea după 3 zile. — *Aspectul echimozei superficiale:* o umflare localizată, rotundă, lunguiață, triunghiulară, pătrată, neregulată, dungi paralele, încrucișate, eritematoase (reproducând uneori forma instrumentului contondent), de culoare violacee. După producerea ei, echimoza se mărește, se turtește și succesiv își modifică nuanța: roșu-închis, violet, în prima zi; negru în a 2-a și a 3-a zi: albastră în intervalul dela a 3-a la a 6-a zi; verzue în intervalul dela a 7-a la a 12-a zi: gălbue în intervalul dela a 13-a la a 20-a zi. Nuanța e mai pronunțată în partea centrală decât la periferie. Numai pe conjunctive echimoza își păstrează culoarea violacee inițială. — **Pe cadavru**, echimoza își conservă nuanța pe care a avut-o pe omul viu, în momentul morții, dar, sub influența începutului *putrefacției*, vânătaea, prin imbibițiune, se atenuează până la completa dispariție.

b) *Profundă*, echimoza e musculară și intramusculară și e migratorie în sus, în jos și lateral. Dacă sângele extravazat dă, în cursul migrațiunii lui, peste un obstacol, el se acumulează în acel loc, formând astfel o echimoză cutanată la distanță: de exemplu o sufuziune musculară sau intramusculară în zona coapsei poate, fără a lăsa urme pe traiectul ei, să ajungă până la partea internă a genuchiului unde colorează pielea. *Sufuziunile profunde în muşchii membrelor şi ai spatelui nu se anunţă decât târziu* (după 4—5 zile) pe piele; aceasta devine lividă sau marmorată, galbenă, verde, albastră; dacă în interval se produce moartea, echimoza nu mai apare la suprafaţă.

III. **Durata echimozei** diferă după natura ei (superficială ori profundă), după vârsta şi starea generală a individului. La copii trece foarte repede, la bătrâni şi cachetici poate ţine săptămâni şi luni. Ea e în funcţiune de importanţa extravazării şi de desimea ţesutului celular.

a) De regulă, *echimoza superficială*, la omul viu, dispare între 10—25 zile, dar poate dispare şi mai curând (4—12 zile). Echimoza *subcutanată* poate rămâne timp de 25 zile, iar una conjunctivală şi mai mult.

b) Echimoza profundă poate persista şi timp de două luni (cum ar fi o echimoză dela o fractură osoasă gravă).

Examenul histologic e o contribuţie preţioasă atât pentru identificarea unei echimoze dispărute cât şi pentru determinarea vechimei sufuziunii. După studiul lui *Dürck*, în primele 2 zile hematiile se umflă şi se decolorează: în ziua a 3-a apar celulele fagocitare; în ziua a 5-a şi a 6-a, dispare hemoglobina, făcând loc hemosiderinei; în ziua a 10-a nu se mai văd hematii; în ziua a 18-a apare pigmentul liber; către sfârşitul lunii a doua, hematoidina apare cristalizată.

c) In ce priveşte *determinarea vechimii unei echimoze notate* **pe un cadavru**, criteriul e acesta: cu cât e mai modificată nuanţa (în succesiunea mai sus arătată) şi cu cât sângele e mai gros, cu atât sufuziunea e mai veche. In primele zile, sângele e de consistenţa ţiţeiului şi aproape negru în straturile groase; din contră, sângele e carminat la periferie şi în straturile mai subţiri. In caz de sufuziune mai intensă ţesutul, îngroşat prin cicatrizare, e uneori colorat în cenuşiu. Echimoza *dispare* cu atât mai repede, cu cât mai mare e şi capacitatea de resorbţiune a vecinătăţii. — Dintr'un hematom mare pot rezulta kiste pline cu ser sanguin.

IV. **Efectele echimozelor.** — Echimozele izolate nu aduc nici o vătămare stării generale. Dimpotrivă, echimozele multiple pot cauza o alterare durabilă a sănătăţii. In deosebi periculoase sunt echimozele profunde cari se traduc prin: *durere* (a cărei intensitate diferă după regiune; e foarte mare la scrotum şi epigastru); vărsături, diaree, poliurie, icter, diabet, apariţia bruscă sau oprirea menstruaţiei, turburări de circulaţie placentară (avortul), embolie. Epilogul poate fi moartea: 1) în caz de iritare a nervilor periferici pe o întindere considerabilă sau în caz de zguduire nervoasă; 2) în caz de hemoragie consecutivă întinderei extravazatelor sub piele;

3) în caz de embolie grăsoasă pulmonară; 4) moartea subită prin inhibiție.

V. **Diagnosticul diferențial între o echimoză traumatică și o echimoză spontană, una simulată sau artificială.** — 1. *Echimozele spontane* se notează: în *purpura* infecțioasă, toxică sau medicamentoasă (petele au o dispoziție simetrică și ca sediu de predilecție membrele inferioare); in *scorbut, morbul lui Barlow* — scorbutul infantil (echimozele se localizează pe membre, sub periostul femurului, pe mucoase, între piele și mușchi); în *hemofilie, leucocitomie;* în *morbul lui Bright;* în *bolile de ficat;* în *coma diabetică;* după *tratamentul cu insulina;* în *intoxicațiile* cu arsenic, fosfor și cianură; în *hemoragiile cerebrale* și *meningee (echimoze subpericraniene);* în *congestiunile pasive* (tuse, vărsături, compresiune); în *scleroza în plăci,* în *gușa exoftalmică,* în *epilepsie,* în *histerie* și *neurastenie;* în *contracțiunile brușce.*

2. *Echimozele simulate:* sugerea cu buzele, aplicarea unei ventuze.

3. *Echimozele artificiale* făcute cu vopsea, spre a simula o agresiune.

VI. **Diagnosticul diferențial între o echimoză vitală și o echimoză post-mortală.** — Din capul locului trebue să observăm că, in cazurile de moarte subită, coagularea tardivă a sângelui în țesuturi e posibilă timp de câteva ore. Dacă, puțin după moarte, cadavrul suferă un traumatism activ sau pasiv, se poate ca, in urma extravazării sângelui lichid, care mai e coagulabil, să se producă o adevărată sufuziune în țesuturi.

Echimoza post-mortală e sau de natură *hipostasică* sau e efectul unei *descompuneri a sângelui.* Echimoza vitală e constituită dintr'un extravazat cu cheaguri, iar cea hipostasică (ale cărei caractere sunt imbibițiunea, transsudarea serului saguin) se traduce printr'o simplă colorație sanguină a pielei. Pe cadavru, în locurile comprimate ale pielei după moarte (chiar de hainele purtate) sau în zonele cu pielea subțiată (îndeosebi pe șanțul spânzurării), se vede, prin transparență, o colorație albăstrue a tegumentului, după cum la indivizii extrem de slabi, tot prin transparență, se pot uneori vedea și mușchii înserați pe tibia.

Atunci când se produc hipostaze, părțile mai înălțate ale cadavrului sunt palide, iar cele declive vinete.

Lividitățile cadaverice de pe părțile declive pot și ele fi confundate cu adevărate echimoze. O particularitate a lividităților cadaverice e că ele se deplasează la întoarcerea cadavrului.

VII. **E de netăgăduit că examenul echimozelor are o foarte mare valoare medico-legală:**

1. *Sufuziunile sanguine indică locul traumatizat* (afară de echi-

mozele cutanate constituite pe cale de migrațiune a sufuziunii profunde).

2. *Ele arată dacă victima a trăit în momentul constituirii echimozelor.*

3. *Sufuziunea indică în oarecare măsură natura violenței și forma instrumentului contondent.* — Aici sunt de făcut două rezerve pentru sinceritatea deducțiunilor diagnosticale:

a) In intoxicațiile cu oxid de carbon, în asfixiile mecanice (în cari moartea e precedată de convulsiuni), în uremia convulsivă, în accesele de histerie, în epilepsie, în atacurile apoplectice, corpul, în cădere sau cu ocazia lovirii inconștiente, deci involuntare, de obiectele din vecinătate, se acoperă cu echimoze.

b) Forma echimozei nu reproduce întotdeauna însuș conturul instrumentului sau al corpului vulnerant: tegumentele căptușite cu oase oglindesc mai mult sau mai puțin exact acest contur; cele din zonele moi, mai elastice, deformează până la confuzie impresiunea lăsată de corpul vulnerant. Forma echimozei mai e în funcțiune și de regiunea vulnerată: o lovitură de pumn în coapsă cauzează o echimoză lată, pe când tot o lovitură de pumn, dar aplicată pe arcada sprincenară, cauzează o sufuziune lunguiață. Insfârșit, atunci când examenul interesează o persoană în viață, se poate întâmpla ca, datorită tendinței de difuziune a sângelui în țesuturile din vecinătate, conturul echimozei să se estompeze și să nu fie posibilă o deducțiune certă în ce privește natura corpului vulnerant.

4. *Sufuziunea contribue la determinarea aproximativă a datei când a fost exercitată violența.*

B. Bosa sanguină (hematomul subcutanat)

Sub acțiunea corpului vulnerant, în punga subcutanată formată prin deslipirea mai mult sau mai puțin complectă a pielei, se acumulează sângele revărsat dintr'o arteră ruptă. Cantitatea de sânge revărsat diferă, firește: 1) după numărul și importanța vaselor din zona traumatizată (extravazarea e îndeosebi mare la cap, față, limbă), precum și după fragilitatea arterială individuală (în funcțiune de vârstă și de starea patologică); 2) după gradul de laxitate al țesutului atins: țesutul conjunctiv al cavității orbitare și al peretelui abdominal, favorizând difuziunea sângelui revărsat, va zădărnici astfel constituirea hematomului și sufuziunea se va traduce, după câteva zile dela exercitarea violenței, printr'o simplă echimoză superficială.

După cum regiunea vulnerată se află sau nu la nivelul unui os, sufuziunea are un mai mare sau mai mic relief. In cazul întâiu (în regiunea capului, pe tibia, etc.) avem ceeace se numește o *bosă* *sanguină;* în cazul al doilea (în părţile moi) avem o *pungă sanguină.*

Sângele lichid din bosa sau punga sanguină se coagulează repede şi ori se resoarbe cu încetul ori rămâne colectat vreme îndelungată.

In ce priveşte diagnosticul general şi diagnosticul diferenţial, observaţiile de făcut sunt aproape aceleaşi ca pentru echimoza propriu-zisă.

C. Sufuziunea seroasă

Conţinutul pungilor subcutanate poate fi uneori o serozitate amestecată cu sânge sau chiar o serozitate pură. E o revărsare sinovială notată în regiunea articulaţiunilor.

D. Sufuziunea gazoasă

E un emfizem subcutanat, consecutiv leziunii căilor aeriene.

3. Dermatozele şi turburările pigmentării

a) După asemănările sau deosebirile morfologice, **dermatozele** se împart în: *eritematoase, eritemato-squamoase* (ptyriasis rozat, psoriasis), *papuloase* (lichenul), *vesiculare* (eczema), *buloase* (pemfigus), *pustuloase* (piodermitele, impetigo), *ulceroase* (ecthima).

Din punctul de vedere etiologic, avem: *dermatozele artificiale* (arsură, erupţiuni solare, rediodermite, erupţiuni de origine alimentară, medicamentoasă); *dermatozele parazitare,* cauzate de insecte, acarieni (râia), viermi şi larve, de bureţi (tricofeţia, favus, actinomicosa, sporotrichosa); *dermatozele cauzate de agenţi microbiani* (impetigo, tuberculoza, lepra, morva, cărbunele, difteria cutanată, şancrul moale): *dermatozele generate de protozoare* (sifilisul, leishmaniosele).

b) **Turburările pigmentării** se prezintă sub trei forme:

1. *Leuco-dermia sau achromia;* o reducere mai mare sau mai mică sau chiar absenţa totală a pigmentării.

2. *Hiperchromia* sau *melanodermia* parţială sau generalizată, congenitală sau dobândită (lentigo, chloasma), e caracterizată prin exagerarea pigmentării.

3. *Vitiligo* e o combinare de achromie şi de hyperchromie.

Observaţiuni de afecţiuni cutanate de origine traumatică:

I. „Eczema industrială" cauzată de materiile colorante la lucrătorii cari le manipulează.

II. Tuberculoza cutanată consecutivă unei infecţiuni exterioare. Inocularea poate fi:

a) *Spontană:* individul, în cădere se zdreleşte la cot sau la genunchiu şi, după câtva timp, apare pe locul zdrelirii o leziune verucoasă.

b) *Directă* (muşcătură):

1. Muşcat de un tuberculos verificat la nivelul articulaţiilor metacarpo-

falangiană şi falangino-falangiană dela auricularul drept. Se produc două răni cari se cicatrizează repede. După o lună, cicatricea metacarpo-falangiană se înroşeşte, se tumefiază, se ulcerează, supurează uşor şi se cicatrizează din nou. După două luni dela muşcătură, apare pe cicatrice un fel de neg caracteristic tuberculozei verucoase. *După câţiva ani, se notează o tuberculoză viscerală generalizată.*

2. Muşcat in două locuri la mână. Rănile, spălate cu apă oxigenată şi badijonate cu tinctură de iod, se cicatrizează repede. După 10 şi 12 luni, apar, pe cele două locuri traumatizate, câte o mică tumefacţie, mai întâiu roşii apoi squamoase şi crustoase; la presiune, se scurge o picătură de puroiu; ulterior se pronunţă tuberculoza verucoasă persistentă (*Leri-Lievre*, 1928).

III. Edem cronic al dosului mânii a cărui cauză primară poate fi un traumatism contuziv neinsemnat. Imediat sau abea după câteva zile se produce o umflare, adesea foarte dureroasă. De regulă edemul se opreşte la incheietura mânii, rar o depăşeşte spre a se intinde la antebraţ (*Klassen*).

IV. Cianoza traumatică, caracterizată printr'o coloraţie albăstruie a feţei şi a gâtului şi prin hemoragii subconjunctivale, e datorită comprimării venei-cave şi intreruperii temporare a respiraţiei, consecutivă unei puternice comprimări a pieptului sau a trunchiului întreg. (Un lucrător e prins între zid şi maşină: gâtul şi partea superioară a umerilor sunt de culoare indigo: la ambii ochi intinse hemoragii subconjunctivale — *Rossenblatt-Millard*, 1927)

V. Tricofeţia consecutivă unei răni contuze (Plagă contuză pe dosul mânii stângi, datorită unei lovituri de ciocan. In jurul rănii apar beşici pline cu lichid galben: tricofeţie. Altă origine decât aceea a contuziunii e exclusă — *Torlais*, 1926).

VI. Varietăţile de lupus, consecutive infecţiunii unei răni, vaccinării, notate pe nas, faţă, buze, ochi, ureche, mai puţin frecvent la mâni şi la picioare: *lupus diseminat, lupus agminat, lupus hipertrofic, elefantiasic, lupus vorace, lupus eritematos.* Se inregistrează şi complicaţiuni mortale, prin provocarea tuberculozei pulmonare şi viscerale.

6. Tumorile

Determinarea corelaţiunii între traumatism şi tumoarea subsequentă (adese ori cu apariţie foarte tardivă) e din cele mai anevoioase. Chestiunea, de altfel, a rămas controversată, de când cu concluzia formulată de *Segond* (la congresul internaţional de chirurgie din 1907): *„Un traumatisme, quel qu'il soit, ne peut jamais, et par lui seul, créer de toutes pièces une tumeur maligne sur un sujet sain".*

Ceece e indiscutabil admis e că traumatismul poate revela, agrava şi provoca metastaza tumorii existente, în stare latentă sau verificată. Dar şi în acest caz, *Segond* cere expertizei să stabilească în prealabil: 1) că traumatismul a precedat tumorii; 2) că traumatismul a fost suficient de violent; 3) că neoplasmul a apărut pe locul traumatizat; 4) că simptomele tumorii nu s'au manifestat inainte de 4—6 săptămâni şi nici mai târziu de 3 ani dela exercitarea traumatismului şi că, din momentul apariţiei, simptomele s'au accentuat continuu; 5) diagnosticul clinic să fie confirmat de examenul histologic; 6) în caz de osteo-sarcom, existenţa lui să fie verificată prin radiografie, de îndată ce se pronunță primele simptome.

Concluziunile lui *Segond* sunt contrazise de numeroase observații referitoare nu numai la tumorile în general, dar la insuș *cancerul* traumatic într'o regiune sănătoasă (2% cancere traumatice — *Leugnick*, 15% — *Boas*). *Balthazard* admite și el originea traumatică a cancerului, cu condițiune însă ca tumoarea să se fi grefat pe o leziune primar consecutivă traumatismului sau pe una ulterior traumatizată: cancer al sânului succedând unei mamite cronice; cancer al stomacului grefat pe un ulcer traumatic, în interval de 21 luni și jumătate dela producerea traumatismului (*Thoinot*, *Reclus*, *Richardière*); un caz identic notat de *Kockel*.

In ce privește corelațiunea între stările precanceroase și apariția epiteliomului e nevoie ca, în prealabil, să se verifice existența unui proces inflamatoriu pe locul unde mai târziu s'a declarat carcinomul.

Cât despre celelalte tumori maligne, frecvența generațiunii traumatice e foarte mare (43% din *osteo-sarcomii* examinați au o origine net traumatică —*Gross*).

Sarcomul pielei e des consecutiv unei mari sufuziuni sanguine: la un băiat de 8 ani o bosă degenerează într'un sarcom în trei luni dela căderea în cap (*Stieda*, 1926).

Gliomul creerului poate deasemenea avea o netăgăduită origine traumatică.

Observațiuni de tumori consecutive traumatismului:

1. *Trei cazuri de carcinom cutanat consecutiv unor traumatisme unice* la mamelele bărbatului (*Wainwright*, 1928)

2 *Tumoare a sânului sănătos*, consecutivă traumatismului (*Brandis*, 1927).

3. *Epiteliom labial:* la 18 luni după o ruptură a buzei de sus (*Barbaglia*, 1927).

4. *Sarcom cutanat* consecutiv unei iritații cronice (*B. Martin*, 1927).

5. *Sarcom epigastric consecutiv unui traumatism puternic al scrotumului*. după 4 săptămâni, testiculul drept se mărește în așa măsură, că trebue înlăturat prin intervenție chirurgicală; după alte 7 luni se constată o tumoare pe epigastru (*Firhet*, 1927).

6. *Agravarea tumorilor maligne prin formațiuni metastazice consecutive traumatismului:* bărbat de 52 ani; la 2 ani dela accident (căderea pe sacrum) se pronunță o afecțiune a regiunii lombare; la *autopsie:* o metastază a unui carcinom al ficatului; traumatismul a fost cauza turburării circulatorii (*Sallinger-Kallmann*, 1929).

II. MODIFICĂRILE SUMAR NOTATE ÎN ȚESUTURILE SUBJACENTE PIELEI ȘI ÎN ORGANELE INTERNE

Inainte de a examina natura fiecării specii de leziuni în parte, e necesar să expunem sumar modificările ce se pot întâlni în țesuturile subjacente pielei și în organele interne.

1. Muşchii

Se notează: *înţepenire; umflare; hernie musculară* (ieşirea unui segment muscular prin aponevroză); *amiotrofii, miopatii; miositele* acute şi cronice, *miosita osificantă; răni* (rupturi şi secţionări longitudinale sau transversale, sfâşieri, smulgeri); *sifilisul* şi *tuberculoza musculară; tumori lichide* (kistele hidatice, cu sediul pe trunchiu); *tumori solide* (lipomii — cu sediul pe limbă şi pe membre; miomii — cu sediul pe uter; sarcomii — cu sediul pe muşchii coapselor sau ai pulpelor); *trichinosa*.

Observaţiuni de leziuni musculare consecutive traumatismelor. — 1) *Miosita osificantă* consecutivă unei striviri musculare *(Reuter)*.

2. *Sarcom muscular* consecutiv unei contuziuni pe coapsă, care în primul moment nu lasă nici o urmă aparentă (nici măcar o echimoză sau o tumefacţie). După 45 zile se observă, în zona lezată, o boltire mai pronunţată, iar la trei luni dela traumatism, se notează un sarcom myxoblastic de mărimea unui cap de copil. E extirpat, dar reapare după vreo două luni dela intervenţia chirurgicală. Se face din nou ablaţiunea: dar, după şapte luni, moartea prin metastaza pulmonară *(Baumann*, 1928).

3. *Contractura Dupuytren* (degetele arcuite) consecutivă unei subluxaţii a degetelor în cădere într'un caz, şi rănirii cu peniţa, la medius într'un alt caz *(Marwedel*, 1927).

4. *Hipertonia muşchilor globului ocular* în glaucom, în sporirea presiunii sanguine *(Rubensohn*, 1929).

2. Tendoanele

Se notează: *răni* (înţepătură, tăitură, contuziune, ruptură); *aderenţa cicatricei tendinoase; sinovita purulentă; tenosita gambei* (care, în mers, poate să se complice cu sucitura genunchiului, a gleznei şi cu fracturi ale peroneului).

Observaţii de rupturi ale tendonului bicepsului consecutive leziunilor de artrită uscată sau unui traumatism mai important *(Fortis*, 1928).

3. Nervii

a) **Leziunile** notate pot fi: 1) *compresiunea* (lentă şi rapidă); 2) *contuziunea;* 3) *distensiunea* şi *ruptura;* 4) *luxaţia* (delojarea, deplasarea); 5) *răni* (înţepătură, secţionare); 6) *tumori* (fibromi); 7) *nevrite* (unilaterale, bilaterale sau generalizate, paralizia alcoolică, nevrita saturnină, difterică).

b) **Nevralgiile:** facială, cervico-brachială, intercostală, diafragmatică, crurală.

c) **Paraliziile:** paralizia agitantă (boala lui Parkinson); paralizia amiotrofică; paralizia ascendentă (boala Landry); paralizia pseudo-bulbară; paralizia generală; paralizia membrelor; paralizia nervilor radiculari ai plexusului brachial, paralizia radială, cubitală; paralizia nervului median, a nervului circonflex; paralizia nervilor motori ai ochiului; paralizia pseudo-hipertrofică, paralizia spinală; paralizia nervului trigemelar.

4. Oasele

Se notează: *periostita, osteita* (tuberculoasă şi sifilitică), *osteomielitele, osteo-periostita; abcesele, kistele, necrozele; osteita deformantă, osteo-malacia, osteo-psatirosa, osteo-sarcomul; fracturile; răsucirea osului; pseudo-artrosa; calusul* (exuberant sau hipertrofic; calus vicios); *osteo-arthropatia hipertrofiantă pneumonică* (descrisă de Pierre Marie); *osteo-chondrita, osteomul; osteo-porosa.*

Indeosebi in ce priveşte *fracturile basinului,* e de observat că. în căderea dela înălţime, ele nu sunt atât de frecvente ca fracturile craniene. Explicaţia: 1) elasticitatea mai mare a scheletului basinului; 2) în căderea pe şezut, violenţa isbiturii e atenuată prin membrele inferioare întinse înainte.

Plesnirea scheletului basinului e des însoţită de rupturi ale uretrei. ale băşicii şi ale rectului. ceeace are de urmare infiltraţia de urină în vecinătatea şi infecţiunea septică—moartea.

Observaţiuni de leziuni osoase consecutive traumatismelor:

1. Fracturile. — Gravitatea lor şi complicaţiunile la cari pot da naştere depind de forma sub care se prezintă: fractură deschisă sau fractură închisă.

Comunicarea făcută de *Charbonnel-Masse* (Congresul de medicină legală ţinut în Franţa, in Octombrie 1928) indică efectele osteo-sintezei aplicate la fracturi:

1. *Fracturile deschise:* focarul fiind deschis şi existând deci o posibilitate de infecţie, osteosinteza nu e recomandată decât după ce nu mai există nici un pericol de gravă complicaţiune infecţioasă.

2. *Fracturile închise:* din 316 cazuri de fracturi închise in bloc, s'a aplicat in 241 *metoda externă* (care in medie, a redus incapacitatea de lucru temporară la 3 luni şi jumătate şi n'a putut elimina incapacitatea parţială permanentă in 16.2% din cazuri); in 75 cazuri s'a aplicat *osteo-sinteza* (incapacitatea temporară redusă la 7 luni, iar cea parţială permanentă n'a putut fi eliminată în 11.6% din cazuri).

Concluzia: osteosinteza, ca tratament. e inferioară metodei externe atunci când e vorba de reducerea incapacităţii temporare: dar e mult superioară metodei externe ca realizări, in ce priveşte eliminarea incapacităţii parţiale permanente.

⁂

Tot cu privire la fracturi trebue să atragem atenţia că uneori anomaliile osificării, cari persistă până la vârsta adultă pot fi greşit interpretate ca fracturi. Edificatoare sunt observaţiile făcute de *Mouchet* (1927): *anomalii interesând sesamoidul bipartit* la degetul mare dela picioare şi *scafoidul carpului* şi al *rotulei.* Deasemenea la adolescenţi, la un moment dat al evoluţiei lor, radiografia decelează un aspect insolit (a cărui durată e de numai câteva luni) al *epitrochleului* şi al *calcaneului:* nucleul de osificare epitrochlean e traversat oblic de o fisură; punctul complimentar al calcaneului poate rămâne împărţit în două. timp de câteva luni.

II. Osteita deformantă metatraumatică. — Bărbat de 52 ani. In 1914 capătă o rană gravă in regiunea parietală stângă care, până in 1923, nu se manifestă decât prin cefalee. După 1923 se notează: ameţeală. tremur şi turburări psichice. In 1927: ingroşarea ţesutului spongios (*Cohn.* 1928).

III. Lunato-malacia cu necroza finală, consecutivă unei contuziuni sau unei distorsiuni a articulaţiei rănite, unei fracturi spontane, unei turburări de nutriţie a osului lunat. In toate cazurile lunato-malacia nu s'a produs decât in traumatismele puternice (*Wette*, 1928).

IV. Tuberculoza osoasă e numai excepţional consecutivă unui traumatism (care trebue să fie foarte violent). Ca să poată fi socotită ca o complicaţiune primară a traumatismului, tuberculoza osoasă trebue să se pronunţe într'un interval liber de maximum 2—12 luni: altminteri leziunea tuberculoasă a preexistat latent.

V. Osteo-sarcomul prin traumatism indirect. — Un lucrător, la 3 Septembrie, cade dela o inălţime de 3 metri şi se alege cu o leziune indirectă a genunchiului. La 18 Septembrie nu mai e capabil să lucreze. La 18 Octombrie se constată, pe tibia, o umflătură dureroasă. *Radiografia* (19 Octombrie): proces periostic. La 26 Octombrie altă raiografie: osteită rarefiantă a capului tibiei şi a peroneului. *Biopsia* (19 Decembrie): osteo-sarcom — La 24 Decembrie: umflarea glandelor limfatice dela vintre; *examenul microscopic al glandelor:* sarcom polimorf pe bază de inflamaţie (*Quenee-Muller*, 1929).

VI. Os tibial (os supra-numerar al tarsului) consecutiv unei scrintiri a piciorului. — Tânăr de 17 ani. Scrintire a piciorului drept, traducându-se printr'o durere difuză in partea inferioară a pulpei, la glesnă şi, mai ales, printr'un punct dureros (spontan şi provocat) pe o umflătură a marginii interne a piciorului, la nivelul scafoidului. Piciorul puţin deplasat in valgus, fără turtirea bolţii plantare. — *Radiografia*: existenţa unui tubercul triunghiular, scafoidian, nesudat de corpul scafoidului. In urma traumatismului, osul tibial extern pare a se fi degajat dintr'o lojetă pe care o ocupa în unghiul postero-extern al scafoidului (*Joltrain-Gally*, 1929).

5. Articulaţiunile

Se notează: 1) *artrita acută simplă;* 2) *artrita uscată, artrita deformantă;* 3) *artrita blenoragică, sifilitică, tuberculoasă, hemofilică;* 4) *articulaţiunile anormale* (pseudo-artrosa, neartrosa); 5) *articulaţiunea balotantă;* 6) *ankiloza* (adevărată — complectă şi incomplectă; ankiloza falsă); 7) *contuziuni, luxaţii, fracturi;* 8) *artrofitele* (prezenţa de corpi streini) extra şi intra-articulare; 9) *entorsa* (sucitura); 10) *hidartrosa;* 11) *artropatiile nervoase* (medulare, histerice); 12) *răni* (penetrante ori nu).

Observaţiuni de leziuni articulare consecutive traumatismului:

1. **Artrita deformantă:** *a)* Cazuri în cari a apărut în intervalul de 1—4 săptămâni dela exercitarea traumatismului (*Staunig*, 1927). — *b)* Un lucrător de 62 ani. Cade dela o înălţime de 30 cm. şi se alege cu contuziuni numai la faţă şi gamba dreaptă. După câteva zile se plânge de dureri în jumătatea dreaptă a şezutului; iar în ziua a 7-a nu mai e capabil să lucreze. Examenul medical identifică o hernie inguinală vechie, care e operată. După 2 ani: dureri violente în şolduri, unde se notează o artrită deformantă (*Brandis* 1929).

Corelaţiunea între traumatism şi artrita deformantă trebue demonstrată, prin diferenţiarea de artrita constituţională:

a) *Artrita deformantă spontană, constituţională* care, datorită unor turburări endocriniene, poate fi agravată de traumatism sau să fie pusă în evidenţă de acesta, atunci când există latent. *Caracterele artritei constituţionale:* nu are lichid articular, nu e precedată de o atrofie musculară: leziuni degenerative ale osului şi cartilajului cari se exteriorizează prin durere, însă numai până în perioada în care leziunile au atins o anumită limită. Trezirea sau agravarea ei prin traumatism e condiţionată de o mare violenţă a loviturii, cu apariţia concomitentă de simptome subiective şi obiective *(Von Graeser,* al 3-lea congres internaţional de medicină al accidentelor de muncă, ţinut la *Düsseldorf).*

b) *Artrita deformantă traumatică:* leziuni mono-articulare interesând osul şi cartilajul şi imediat consecutive traumatismului; debutul e acut (leziuni mici cauzează dureri mari şi importante alteraţiuni funcţionale); traumatismul poate îmbrăca forma unei contuziuni şi a unei entorse articulare, a unei luxaţiuni sau fracturi.

La o articulaţie perfect sănătoasă, artrita deformantă nu se observă mai niciodată după contuziuni articulare, distorsiuni, comoţiuni, fără ca examenul să identifice o leziune a oaselor sau a cartilajelor interstiţiale *(Zollinger,* 1929). In nici un caz artrita deformantă nu apare mai târziu de 2 ani dela traumatism.

In sfârşit, după *Schmidt* (1929) artrita deformantă locală sau secundară poate fi consecutivă şi unui traumatism uşor, prin desfacerea de corpuri libere (fragmente osoase). Nu e nevoie ca traumatismul să intereseze direct articulaţia: se poate constitui o artrită deformantă atunci când, în afară de zona articulaţiei, e lezată o componentă a unităţii funcţionale a articulaţiei; statica, turburată în urma unui traumatism, poate provoca artrita într'o articulaţie îndepărtată a aceleiaşi extremităţi (braţ sau picior).

2. **Artrita sifilitică.** — Foarte rar traumatismul precede contaminării; el e de regulă localizator, revelator sau agravant al infecţiunii articulare. Destul de frecvent se întâmplă ca treponemul, în stare saprofită în organele hemato-poietice, în ganglionii vechilor sifilitici, să fie pus în libertate prin acţiunea traumatică şi, în locul atins, să creeze o leziune osteo-articulară-sifilitică (F.—R. *Sorel,* 1926).

3. **Hidartroza.** La 8 zile după traumatism, se observă, la pacient, o hidartroză; cu toate puncţiunile practicate, lichidul citrin se reproduce repede. Vindecare laborioasă, cu constituirea unei artrite deformante cronice *(Leriche,* 1927).

4. **Artrita tuberculoasă.** - La 7 Iulie cade depe scară, dela o înălţime relativ mică. In zilele următoare, victima a observat o mică echimoză pe partea externă a genunchiului stâng. Radiografia (Noembrie) înregistrează mari modificări în architectura osoasă:

decalcifiarea femurului, a rotulei şi a extremităţii superioare a peroneului. In anul următor, la începutul lui Februarie e operat de o tumoare albă a genunchiului stâng, cu numeroase fongozităţi şi puncte dureroase la condilii interni ai femurului şi la tibia; la acest nivel se constată ulceraţii ale cartilajului diartroidiat şi o ramolire a ţesutului osos (*Bourgeois*, 1929).

Numai traumatismul, oricât de violent ar fi el, nu e în stare să deslănţuie formarea tumorii albe pe o articulaţiune perfect sănătoasă. Artrita tuberculoasă traumatică nu e de conceput nici în cazul când individul e ftizic, afară numai de observaţiile cu adevărat excepţionale când s'a putut verifica bacilemia, adică prezenţa bacilului lui Koch în sângele venos.

Rolul traumatismului în apariţia tumorii albe se mărgineşte la trezirea şi agravarea infecţiunii tuberculoase, preexistentă în stare latentă sau in curs de evoluţie evidentă. Mai întotdeauna radiografia inregistrează imaginea unei leziuni vechi cu supuraţie tot vechie.

a) *Pentruca o infecţiune articulară să se trezească* e nevoie de o însemnată acţiune traumatică, sau de traumatisme mici repetate, un traumatism neînsemnat unic fiind incapabil de a desmorţi tumoarea albă.

b) *Pentru agravarea evoluţiei unei tumori albe* e de regulă nevoie de un traumatism de oarecare violenţă (fractură, luxaţie); dar agravarea poate fi consecutivă şi unui traumatism de mai mică importanţă (contuziune, sucitură).

c) Vom mai observa că, excepţional, putem da peste o *formaţiune secundară a tumorii albe, adică fără preexistenţa latentă a infecţiunii tuberculoase*: traumatismul determină în zona articulaţiei o hydartroză banală pe care, prin degenerare, se grefează o tumoare albă.

d) Oricum, *pentru ca o corelaţiune să fie admisă între artrita tuberculoasă şi traumatism, intervalul liber nu trebuie să fie mai mic de o lună şi mai mare de 3 ani; o limită superioară depăşind cifra de 3 ani se poate accepta numai cu condiţia ca anamneza controlată să confirme: pe deoparte un traumatism iniţial violent (fractură juxta-articulară, luxaţie, sucitură cu revărsare articulară), pe de alta o continuitate de semne clinice la nivelul articulaţiei examinate.*

e) Insfârşit, trebuie să însemnăm că tumoarea albă poate uneori fi focarul de propagare a tuberculozei la ganglioni şi, ulterior, să se noteze o generalizare tuberculoasă a organismului.

6. Vasele

A. Arterele în general

1. *Ruptura superficială* notată mai frecvent la tunica internă

a vasului, ca una care e cea mai puţin rezistentă la presiunea sângelui.

Tot superficială e considerată ruptura, atunci când ea interesează nu numai tunica internă, dar şi cea mijlocie.

2. *Arteriita* e imflamaţia arterială care se desvoltă pe terenul propice al rupturii acestor două tunici.

3. *Arterio-scleroza* şi *ateromatoza* constitue un proces progresiv al arteriitei.

4. *Aneorismul şi ruptura lui*. — Anevrismul disecant ori anevrismul sacciform e şi el o producţiune a ruperii tunicilor internă şi mijlocie.

5. *Tromboza arterială* e o consecinţă a arteriitei, ca una care cauzează coagularea sângelui.

6. *Ruptura perforantă* (indiferent de forma ei): tus-trele tunicile sunt interesate. Ea se traduce întotdeauna printr'o revărsare sanguină. Ruptura poate fi datorită nu numai unei înţepări, ci şi unei simple contuziuni (ruptura carotidei la lovirea gâtului cu un corp contondent; ruptura arterei vertebrale la baza creerului, în urma unei violente contuziuni a capului). Ruptura poate fi şi *spontană*, dar ea se observă numai excepţional la arterele cerebrale sănătoase. — Rupturi ale tunicii interne la carotide şi la venele jugulare nu sunt consecutive numai spânzurării şi strangulării, ci şi violenţelor exercitate în alt mod (strivire, caznă, etc.).

7. *Secţionarea arterelor*, indiferent de regiune şi de sediul acesteia.

B. Aorta

Dintre toate leziunile notate la arterele în general, vom stărui, în ce priveşte aorta, îndeosebi asupra următoarelor, ca unele ce au o mare insemnătate medico-legală:

1. Rupturile traumatice *izolate* ale aortei sunt excepţionale. — In genere ruptura e de cauză *directă*, fie ca efect local al unei răni perforante, fie consecutivă aortitei cronice. anevrismului, arterio-sclerozei, ateromatozei, degenerescenţei hialine.

Se notează însă şi rupturi de cauză *indirectă* — *efect la distanţă:* căderea dela înălţime, contuziuni grave pe torace ori pe coloana vertebrală. Uneori, ruptura la distanţă se poate produce în împrejurări curioase, dovadă observaţia lui *Goroncy*—1927: un individ e rănit mortal prin trei focuri de revolver, dintre cari două în hipogastru şi una în torace, *fără însă ca aorta să fie interesată*. La autopsie se găseşte o ruptură completă a aortei, la 5 degete deasupra locului de trecere a proectilului care a pătruns în torace. Rupturile acestea indirecte se explică prin marea presiune a sângelui acumulat în zona rupturii, presiune condiţionată de o strâmtare a lumenului vasului. consecutivă unei contracţiuni musculare.

Ruptura de cauză directă se poate nota pe orice porţiune a aortei.

Pentru *rupturile indirecte*, sediul de predilecţie (statistica lui *Martin*— „Ruptures traumatiques de l'aorte") e: în imediata vecinătate a inserţiunii valvulare, la originea trunchiului brachio-cefalic, la crosa aortică, pe porţiunea descendentă, pe porţiunea abdominală, la nivelul bifurcaţiei aortei.

In ce priveşte vârsta, maximul de frecvenţă se notează între 35 şi 70 ani, numai rar se înregistrează în 12 şi 30 ani.

2. **Scleroza aortică** poate fi şi ea consecutivă unui traumatism indirect.

3. **Anevrismele aortei** nu au decât foarte rar (în maximum 2% din cazuri) o origine *pur* traumatică, şi numai atunci când, prin efectul unei acţiuni contuze de o extremă violenţă exercitată în regiunea toracică, se produce, prin repercursiune, o ruptură a tunicii interne dând naştere la un anevrism disicant. Dar nici acesta din urmă nu se formează imediat după traumatism, ci după trecere de câteva zile sau chiar câteva săptămâni. — Excepţional se poate nota un anevrism traumatic de *formaţiune tardivă.*

Edificatoare e următoarea observaţie a lui *Nissen* — 1928: In războiul mondial e rănit de un şrapnel în piept şi imediat se pronunţă fenomene pulmonare şi cardiace. In 1917 e complect vindecat. In 1920, de o paloare izbitoare, se plânge de dureri radiale la braţul stâng, palpitaţie, sufocare, tuse violentă. Inima dreaptă e dilatată. *Examenul radiografic:* prezenţa unui proectil în cavitatea mediastinală posterioară, în dreptul celei de a 7-a vertebre toracice: glontele se mişca odată cu inima. In aceeaş cavitate radiografia înregistrează un aniverism aortic de mărimea unui ou de găină.

Anevrismul notat după un traumatism are, în aproape unanimitatea cazurilor, ca origine o leziune locală a aortei, o aortită cronică (deobiceiu o mesaortită sifilitică), sau o ruptură a tunicilor internă şi medie.

C. Venele

1. **Flebita** e deseori consecutivă nu numai unei fracturi, dar chiar unei simple contuziuni.

2. **Varicele**, dimpotrivă, nu au mai niciodată ca origine directă o acţiune traumatică; cel mult, varice existente capătă o mare extensiune, de pe urma unui traumatism.

3. **Varicocelul** — tumoare varicoasă născută, la *bărbat*, din dilataţia continuă a venelor cordonului spermatic, a venelor scrotumului, iar la *femee* din dilataţia continuă a venelor ligamentului larg — se poate rupe fie prin efectul direct al traumatismului, fie prin repercursiune. (La ridicarea unei mari greutăţi, simte deodată dureri violente la vintre, în partea stângă. Jumătatea stângă a scrotumului, violacee, e de mărimea unui cap de copil la termen. *Intervenţia chirurgicală:* se dă peste un varicocel plesnit).

D. Anevrismul arterio-venos

Acesta se notează atunci când leziunea interesează simultan o arteră şi o venă vecină.

E. Efectele

1. Arterele. — a) *Ruptura anevrismului* poate cauza moartea, prin marea revărsare de sânge în cavitatea respectivă.

b) *Ruptura arterială* poate cauza şi ea moartea, fie prin importanţa hemoragiei interne, fie prin hemoragie cerebrală apoplectică.

2. Aorta. — *Rupturile* ei, în marea majoritate a cazurilor, cauzează moartea, prin hemoragia internă ce o provoacă în: pericard, pleură, peritoniu, bronchii, esofag, stomac, mediastin.

3. Venele. *Flebitele* pot avea ca urmare o embolie mortală.

4. Anevrismul arterio-venos are repercursiuni cardiace de o durată variabilă.

7. Tubul digestiv

In prealabil trebue să observăm că, în afară de perforările adânci ale gâtului şi ale peretelui abdominal şi de adevărate striviri, contuziunile abdominale nu interesează întotdeauna şi tubul digestiv, şi aceasta pentrucă, graţie mobilităţii sale, porţiunea abdominală a acestui tub se poate deplasa, evitând şocul. In ce priveşte porţiunea intestinală situată în basin, aceasta e şi mai puţin expusă leziunilor, mulţumită zidului de apărare pe care-l constitue oasele.

Vom mai observa că adesea o contuzie abdominală, fără să provoace şi o ruptură a tubului digestiv, poate cauza moartea printr'o simplă zdrelire a peretului intestinal: leziunea, relativ uşoară, înlesneşte migraţiunea germenilor de infecţiune în cavitatea abdominală, dând astfel naştere unei peritonite. In ce priveşte rănile perforante, ele sunt în majoritatea cazurilor mortale (prin peritonită secundară): procentul de salvare pe cale de intervenţie chirurgicală nu trece de 35—40%.

Leziunile tubului digestiv interesează, în ordinea structurii anatomice: gura, limba, faringele şi amigdalele, esofagul, stomacul, intestinul subţire şi intestinul gros.

A. Gura

In afară de leziunile buzelor (vezi mai departe: *Capul* şi *faţa*), putem nota:

a) Leziuni ale cerului gurii: 1) *osteoperiostita;* 2) *abcesul;* 3) *tumorile,* în general mixte; mai rareori angiom, kist, lipom, mixom, enchodrom, osteom, fibrom, sarcom, epiteliom; 4) *flegmonul planşeului bucal.*

b) Afecţiunile gurii: *stomatita* (aftoasă, herpetică, impetiginoasă, cremoasă, eritemato-pultacee, ulcero-membranoasă, gangrenoasă, hemoragică).

c) **Leziunile dinţilor şi ale arcadelor dentare:** 1) *leziunile superficiale ale dinţilor;* 2) *luxaţiunile şi fracturile dentare;* 3) *leziuni şi afecţiuni interesând gingiile* (plagă contuză, rană deschisă, tuberculoza gingivală, ulceraţie, gingivită, fongozitate şi tumefacţie); 4) *abcesele alveolo-dentare;* 5) *periostita alveolo-dentară;* 6) *leziunile şi afecţiunile maxilarelor* (plesnirea, fractura, osteo-malacia, tumoare-epulis, odonthom, kist; necroza maxilarului); 7) *complicaţiunile afecţiunilor dentare* (adeno-flegmonul ganglionar, cu agravaţiunile lui: edem al glotei, purulenţa dealungul faringelui şi al vaselor gâtului, ulceraţiuni vasculare, angina ludovici; cataru1 sinusului maxilar; flictenele corneei şi ale conjunctivei palpebrale, kerato-conjunctivita flictenulară, keratita interstiţială, flegmonul orbitei; otalgie, nevralgie).

B. Limba

a) **Leziunile notate:** 1) *plagă contuză, strivire;* 2) *tăitură, spintecare, mutilare;* 3) *smulgere.*

b) **Afecţiunile limbii:** 1) *glositele;* 2) *tumorile* (kist, lipom, fibrom, cancer); 3) *ulceraţiile;* 4) *actinomicosa.*

C. Faringele şi amigdalele

a) **Leziunile:** 1) *inciziune* şi *prezenţa unui corp strein* în amigdale; 2) *strâmtarea faringelui;* 3) *abcesele faringiene.*

b) **Afecţiunile:** 1) *inflamaţiile* (diversele forme ale anginei); 2) *hipertrofia amigdalelor;* 3) *sifilisul şi tuberculoza faringiană.*

D. Esofagul

a) **Leziunile:** 1) *ruptura, perforarea,* prin violenţă directă ori indirectă (de exemplu: printr'o presiune exercitată asupra diafragmei aceasta e împinsă şi provoacă ruptura peretelui gingaş al esofagului); 2) *prezenţa unui corp strein;* 3) *ramolirea pereţilor;* 4) *arsură.*

b) **Afecţiunile:** 1) *tumorile* (benigne şi maligne—cancerul); 2) *ulcerul;* 3) *strâmtarea cicatricială;* 4) *dilataţia* şi *diverticulele.*

c) **Observaţii diagnosticale.** — *Ruptura* esofagului poate fi datorită şi unei *cauze interne:* 1) sporirea bruscă a presiunii abdominale; 2) exagerarea tensiunii exercitată în esofag de conţinutul stomacal isgonit brusc din stomac (obs. lui *Esser*—1927 şi *Raestrup*—1928).

Ruptura aceasta oarecum spontană, care poate fi unică sau multiplă, e astfel explicată de *Raestrup:*

Esofagul uman prezintă, în trei locuri, strâmtări de o mare importanţă fiziologică. Cea mai de jos la comunicarea cu stomacul, poate fi sediul unor leziuni mai mici sau mai mari cari nu rare ori străpung peretele esofagului, cauzând moartea subită, prin deglutiţie

Perforaţiunile acestea pot fi cauzate de: *a)* o *leziune mecanică a mucoasei* (acţiunea unor corpi streini înghiţiţi; sondarea medicală; acţiunea causticelor); *b)* un *calar* recent sau cronic; *c)* o *tumoare granulară*; d) *ulceraţia părţii inferioare a esofagului*, prin acţiunea sucului gastric; e) *purulenţa vecinătăţii*; f) *formarea de kisturi*.

E. Stomacul

Leziunile stomacului sunt consecutive sau unui traumatism direct in regiunea epigastrică, sau unuia indirect şi in cazul acesta avem o leziune la distanţă (notată mai ales în căderea dela înălţime pe călcâie sau pe ischioni).

a) *Leziunile* ce se pot nota:

I. **Contuziunile** cari pot fi consecutive fie unei acţiuni directe in regiunea epigastrică (compresiune, isbire), fie prin repercursiunea comoţiei generale a corpului. Urmările contuziunii sunt în funcţiune atât de starea de repleţiune a stomacului, cât şi de natura conţinutului acestuia (lichid, massă compactă, gaze).

II. **Ruptura şi perforarea** pot fi consecinţa unei contuziuni sau a unei acţiuni directe.

In caz de *contuziune*, repleţiunea sau destinderea stomacului prin gaze favorizează ruptura; din contră, complect sau aproape gol, stomacul, retractat spre coloana vertebrală, rămâne nevătămat, în marea majoritate a cazurilor.

Ruptura poate fi *complectă* sau *incomplectă*.

1. *Ruptura complectă* se poate prezinta ca: *parţială* (pe linia curburii mici, pe fund) sau *totală* (deschiderea complectă a stomacului).

2. *Ruptura incomplectă*, care interesează numai mucoasele, poate da naştere ori la un proces de *ulceraţie mucoasă cronică*, ori la o *hemoragie* în *submucoasă*.

La *autopsie*, să nu se confunde ramolirea acidă post-mortală a pereţilor stomacului cu o ruptură vitală.

Simptomele rupturii stomacale: durerile în regiunea epigastrică, vărsăturile, hematemesa (care se produce imediat sau în interval de 1—2 zile şi poate fi şi cu repetiţie).

III. **Ulcerul stomacal**, acut sau cronic, se traduce prin: dureri în regiunea epigastrică, crize consecutive ingerării alimentelor, vărsături, hematemeză, melena. — Consecutiv contuziunii, ulcerul stomacal se poate manifesta la câteva zile după accident sau tardiv (6 luni—1 an). Ori se vindecă, ori cauzează moartea prin hematemeză şi perforare cu peritonita generalizată secundară.

Ulcerul traumatic e o realitate tangibilă dela primele observaţiuni ale lui *Potain*, dar totuşi trebue observat că adesea traumatismul nu joacă decât rolul unei deslănţuiri a simptomelor unui ulcer preexistent care, la autopsie, se verifică prin constatarea unui ulcer de dimensiuni mari, cu marginile groase, caloase.

IV. **Perforarea unei tumori preexistente.**

b) *Afecţiunile stomacului:*

I. **Carcinomul traumatic,** rezultând din degenerarea unui ulcer, poate uneori cauza ruptura spontană a peretelui canceros al stomacului.

II. **Stenoza pilorului** prin localizarea ulcerului stomacal în această regiune.

III. **Dilataţia stomacului.**

IV. **Dispepsiile, gastritele, indigestiile.**

c) *Efectul* cel mai grav al unei leziuni stomacale (perforare, ulcer) e desvoltarea unei peritonite generalizate mortale. Dar sunt excepţiuni; *Balthzard* a observat pe un individ care, în urma unei perforări a stomacului cu un glonte de revolver, a avut o hematemeză abundentă şi apoi s'a însănătoşit; după câteva luni, însă, s'a văzut evoluând la el un ulcer gastric.

F. **Intestinele**

a) *Leziunile* ce se pot nota:

I. **Atriţia şi desprinderea tunicilor: hemoragia intestinală,** consecutive unei contuziuni exercitate fie în chiar regiunea interesată, fie prin repercursiune (prin tensiunea excesivă a tegumentelor abdomenului, efect al traumatismului). E de notat că intestinul gros, graţie puternicii lui musculaturi, e mai rezistent la acţiunea contuzivă externă.

Simptomele acestor leziuni: dureri abdominale, balonarea pântecelui, melena.

II. **Arsurile; eroziunile.**

III. **Plesnirile, rupturile şi perforările** datorite fie unei acţiuni directe, fie uneia indirectă şi cari au ca urmare: ***peritonita difuză acută*** sau ***peritonita cronică circumscrisă; strâmtarea cicatricală a intestinului; invaginaţia intestinală.***

In contuziune, îndeosebi expuse sunt duodenul şi începutul jejunumului, în punctul de comunicare a cărora se notează uneori o complectă secţionare transversală. Deasemenea mai expuse rupturilor sunt şi ansele intestinale mai superficiale.

IV. **Desprinderea intestinului de mesenter.**

V. **Smulgeri parţiale ale intestinului.**

VI. **Eroziunile, rupturile superficiale, plesnirile şi rupturile perforante ale rectului** prin introducere de corpi streini, insuflare de aer sau prin presiunea exercitată de fecalele eliminate. (Vezi şi capitolul „Atentatul la pudoare", vol. II).

VII. **Prezenţa de corpi streini** în oricare din zonele intestinelor.

b. *Afecţiunile intestinale*

I. **Apendicita traumatică.**

II. **Ocluziunea intestinală: constipaţia; diareea; enteritele** (acute şi cronice).

III. **Hemoragia: tuberculoza intestinală.**

IV. **Cancerul,** care numai excepţional se notează pe intestinul subţire, îşi are sediul de predilecţie pe colonul pelvian, pe colonul transvers, pe cecum şi pe rect.

8. Glandele digestive

1. Glandele salivare

Leziuni şi afecţiuni: lithiasa salivară; tuberculoza; parotiditele; tumorile parotidei; imflamaţiunea şi tumorile glandei submaxilare; kistele glandei sublinguale.

2. Pancreasul

a. *Leziunea* se notează pe capul pancreasului din faţa coloanei vertebrale în contuziunile grave (călcare, cădere, etc.).

Leziunea pancreatică poate provoca indirect formarea de kisturi şi de fistule, turburări de nutriţie, necrozarea ţesutului adipos şi chiar moartea.

b. *Afecţiunile pancreasului:* 1. pancreatita acută hemoragică; pancreatita subacută; 2. pancreatita supurată; 3. pancreatita cronică; 4. tumorile lichide şi solide.

CAP. III

Rănile caracterizate

LOVIRILE ŞI RĂNIRILE

Codul penal. — 1. Rănirile şi lovirile simple calificate delict ori simplă contravenţie *(art. 238)*.

2. Prin derogare delictul e calificat crimă, atunci când e comis cu prilejul unei tâlhării, deşi din lovire sau maltratare n'a rezultat nici o rană *(art. 318, punctul enunciatio No. 4)*.

3. Lovirile şi rănirile „cari au cauzat o vătămare însemnată sănătăţii sau unui membru al corpului victimei, ori au dat naştere vreunei incapacităţi de lucru" *(art. 239)*.

4. Lovirea simplă a unui funcţionar public în exerciţiul fucţiunii, a unui jurat sau a oricărui cetăţean însărcinat cu un serviciu public *(art. 184, 185, şi 187)*. — Pricinuirea unei boli sau rănirea aceloraş persoane *(art. 186)*. Moartea aceloraş persoane în interval de 40 zile dela data agresiunii *(art. 186 partea finală)*.

5. Leziunile corporale grave, bolile sau moartea indirect pricinuite prin: degradarea sau distrugerea şoselelor, podurilor, zăgazurilor, etc. *(art. 376)*; stăvilirea voită a funcţionării serviciului telegrafic *(art. 374 şi 375)*; provocarea unui accident de cale ferată *(art. 370)*; darea de foc *(art. 363)*; explozia dinadins provocată *(art. 365)*; inundaţia cu voinţă provocată *(art. 369)*.

6. Lovirile, rănirile, bolile consecutive caznelor săvârşite sau numai ordonate de orice funcţionar, în scopul de a smulge declaraţiuni sau mărturisiri în timpul şi cu ocazia instruirii unui delict ori a unei crime *(art. 150)*.

7. Leziunile corporale consecutive sechestrării sau arestării ilegale sau pricinuite direct cu acest prilej *(art. 273)*.

8. „Dacă, în urma loviturilor sau rănirilor voluntare, pătimaşul a rămas sluţit sau în incapacitatea pe toată viaţa de a lucra, sau mut, sau surd, sau a pierdut facultatea de a procrea, sau a rămas smintit de minte, ori nebun, sau imbecil", se pedepseşte cu... „Aceeaş pedeapsă se va aplica şi când persoana bătută fiind o femee însărcinată, din cauza bătăii a lepădat" *(art. 240)*. — Pedeapsa e înăsprită atunci când aceste fapte medicale sunt pricinuite în circumstanţele determinate de *art.* 233, *242* şi *319*.

9. Rănirile şi loviturile voluntare urmate de moarte *(art. 241* şi *320)*. „Faptul de lovire, care a cauzat avortul şi moartea pacientei e pedepsit de art. 241" (Cas., S. II, 11 Decembrie 1887). „Lovirile sau rănirile, cari au cauzat moartea pacientului cad sub art. 241, *chiar atunci când victima a sucombat din complicaţiunile ivite* din cauză că a fost lipsită la timp de îngrijirile medicale" (Cas., S. II, 17 Noembrie 1892).

10. Rănirile şi lovirile involuntar pricinuite „din nedibăcie, nesocotinţă, din nebăgare de seamă, din neîngrijire sau din nepăzirea regulamentelor" *(art. 248 şi 249)*.

11. Vătămarea sănătăţii prin leziunile cauzate sau prin putoarea degajată din lucrurile aruncate înaintea locuinţei *(art. 385, punctul enunciatio Nr. 6)*.

12. Provocarea avortului, cu sau fără moartea mamei — *art. 246.* (Chestiune pe larg tratată la capitolul „Avortul", vol. II).

13. Rănirile ori moartea consecutive duelului *(art. 259).*

14. „Omorul, rănirile și loviturile sunt *scuzate* (adică beneficiază de o ușurare a pedepsei, conform art. 254 c. p. — *N. A.),* dacă au fost provocate prin loviri sau violențe mari urmate asupra unei persoane" *(art. 250,*

15. „Omorul săvârșit de către bărbat asupra femeei sale, sau de către aceasta asupra bărbatului său, nu este scuzabil, dacă viața soțului sau a soției care a comis omorul, nu a fost pusă în pericol chiar în momentul când s'a comis omorul" *(art. 253).*

16. Amenințarea, făcută prin viu graiu sau prin scris poate, după împrejurări și urmările ei (îmbolnăvire trupească ori mintală, moartea ori sinucidere din cauza traumatismului psichic) să fie calificată delict ori crimă *(art. 235—237).*

17. Contaminarea cu o boală infecțioasă *(art. 377).*

Codul civil. — Responsabilitatea civilă pentru delicte și quasi-delicte *(art. 998—1003).*

Accidentele de muncă — Art. 114, 117, 119 123, 141, 142 și 147 din legea pentru organizarea meseriilor, creditului și asigurărilor muncitorești.

Rana, care poate fi definită ca o strivire, ruptură sau secționare a pielei, a mucoaselor și a țesuturilor subjacente, se produce în general din afară înăuntru, dar uneori dinăuntru, în afară: în cazuri de fracturi, de perforarea produsă de un corp streín pătruns pe altă cale în trup și care ulterior își face drum; un proces patologic.

Rana se poate înfățișa ca: 1. o simplă compresiune a pielei; 2. o plesnire cutanată sau mucoasă; 3. o strivire mai superficială ori mai profundă, mai limitată sau mai întinsă; 4. o leziune penetrantă de o mai mare sau mai mică adâncime și de formă variabilă; 5. o arsură de diverse grade; 6. o smulgere, sfâșiere interesând o întindere mai mică sau mai mare a învelișului cutano-muscular; 7. o fractură osoasă; 8. o ruptură, secționare ori sfâșiere a organelor interne.

Chemarea expertului nu se va mărgini la caracterizarea leziunii; el trebuie să mai determine agentul creator al leziunii, mortală ori nu, adică elementul de energie fizică, chimică, biochimică și biodinamică, susceptibil de a fi incriminat.

Vom studia dar diversele specii de răni, indicând pentru fiecare din ele și agentul vulnerant.

1. Contuziunile

A. Contuzia superficială

E o compresiune mai mult sau mai puțin profundă a pielei, fără însă să existe și o plesnire, ruptură sau strivire. — Contuziunea superficială, care, cu mai mare sau mai mică precizie, reproduce forma obiectului vulnerant, indică și direcția lovirii. Ea poate fi efectul unui traumatism activ (lovire primită) sau al unui traumatism pasiv (lovire suferită fără intervenţia directă a unei alte persoane). — Contuzia superficială poate fi şi efectul unei muşcături, care se identifică prin mici echimoze albăstrui, cu marginile dantelate; dar aceste caractere nu se pot identifica decât la contuziunea foarte recentă, de oarece dispar repede şi compleet.

Cele mai de multe ori, expertul nu mai are de notat decât: o roşeaţă a pielei, o sufuziune uşoară, o zdrelire neînsemnată, o ruptură de extensiune a mucoaselor.

In orice contuzie superficială se poate uneori nota necrozarea punctului lezat, care e o consecinţă a disocierii elementelor anatomice scăldate de sufuziunea sanguină care s'a produs.

B. **Rana contuză**

Se deosebesc două grade, după însăş gravitatea leziunii, care interesează nu numai tegumentul, ci şi ţesuturile subjacente, la o mai mare sau mai mică profunzime.

I. Rana contuză de gradul I

E o plesnire, ruptură, strivire, care interesează pielea şi mai mult sau mai puţin superficial ţesutul anatomic pe care-l acoperă tegumentul.

Numai excepţional rana oglindeşte conturul instrumentului (pătrat, dreptunghiular, cilindric, oval, circular). Pentrucă, de exemplu, o lovitură piezişă, dată cu muchia unui ciocan, a unui topor, poate cauza o *ruptură liniară* care poate avea marginile netede, semănând cu o inciziune. Aceasta se observă mai ales în zonele unde tegumentul e la o mică depărtare de osul subjacent.

In genere, forma plăgii e neregulată, cu marginile dinţate, cu fundul strivit dar şi cu lambouri de ţesuturi cruţate (punţi sau bride constituite de vasele neatinse), cu deslipirea pielii din vecinătate şi cu o revărsare sanguină întinsă la nivelul plăgii. **Pe cadavru**, rana se prezintă disicată, negricioasă, cu fundul neregulat, strivit. — In *plesnirea contuză*, plaga are forma liniară, iar buzele ei sunt netede (nu dinţate).

Indeosebi în ce priveşte pielea capului, forma plăgii contuze variază după sediu: liniară pe vertex şi pe frunte, e stelată la baza parietalului sau la acea a temporalului.

Aspectul rănii contuze depinde şi de direcţia lovirii: 1. în direcţia mai mult sau mai puţin *perpendiculară*, avem o strivire a ţesuturilor; 2. *piezişă*, lovitura, din pricina alunecării corpului vulnerant, cauzează o plagă lobulată.

Uneori se găsesc combinate o plesnire, o ruptură, cu o strivire.

Plaga contuză, consecutivă unei muşcături, se identifică prin: dispoziţia echimozelor caracteristice mai pronunţate, cari redau însăş forma arcadei dentare; în orice muşcătură adâncă se notează, chiar după trecere de zile, un grup de mici cicatrice albăstrui. *Plaga contuză făcută de o muşcătură de om* interesează de regulă părţile descoperite ale corpului. Particularităţile dentiţiunii (absenţa unuia sau a mai multor dinţi) permit uneori identificarea autorului necunoscut sau bănuit. — *Strivirile cauzate de dinţii animalelor (herbivore)* pot interesa orice parte a corpului şi se identifică prin aceea că rana contuză e mai mare decât în muşcătura de om. — In muşcătura unui herbivor se poate uneori nota curiozitatea ca pielea să fie cruţată şi numai ţesuturile moi profunde să fie strivite.

Expertul poate să aibă uneori de diferenţiat o muşcătură de om ori de animal, de o *muşcătură mecanică;* avem aface cu o muşcătură simulată, realizată cu ajutorul unor unelte dinţate, a căror impresiune imită pe aceea lăsată de dinţii umani sau de dinţii de animale.

1. **Diferenţiarea unei răni contuze liniare de o tăietură.** — In plesnirea de origine contuzivă buzele rănii sunt neregulate, zdrenţuite; pe când în plaga făcută cu un instrument tăios, ambele buze prezintă o secţiune netedă.

2. **Diferenţiarea unei contuziuni active de una pasivă.** — In genere, contuziunea pasivă (în cădere, în lovire accidentală) cauzează răni multiple. — Această diferenţiare are o deosebită importanţă medico-legală: ea ne permite să demonstrăm dacă ne aflăm în faţa unei agresiuni, a unui accident sau chiar a unei simulări.

3. **Diferenţiarea rănii contuze vitale de una post-mortală** e uneori anevoiasă, dacă ne mărginim la un examen superficial, pentrucă şi rănile contuze post-mortale pot provoca sufuziuni sanguine. Elementul concludent ni-l dă coagulabilitatea sângelui: lichidul sanguin din sufuziunea posta-mortală nu se coagulează. Macerată in apă, sufuziunea post-mortală se decolorează repede, ceeace nu se petrece cu o sufuziune vitală. — Trebue să mai notăm, că plăgile contuze post-mortale, — notate pe un înecat şi cauzate de helice, roţile de moară, drage, stăvilare, odgoane de şlepuri, etc. — sunt lipsite de revărsări sanguine.

4. **Complicaţiunile rănilor contuze.** — A. *Strivirea* poate favoriza: **infecţiunea purulentă** şi **hipostaze purulente**, formarea unui **flegmon difuz, gangrena; deslănţuirea simptomelor diatezice** (delirium tremens la alcoolici, sporirea cantităţii de zahăr în diabet; reapariţia sifilisului sau a scrofulei; o contuzie pe tibia provoacă o exostoză, o periostită; tophus la gutoşi; abces pe sânul femeii în perioada alăptării; un adenom pe sânul unei fete; o tumoare malignă pe sânul unei femei în vârstă). — Uneori, în comprimarea toracică, se poate cauza **cecitatea imediată şi definitivă.** (Comprimarea puternică a pieptului. Imediata constituire a măştii

echimotice și cu orbirea bilaterală. In primele zile se notează: exoftalmie, echimoze palpebrale și subconjunctivale; după 2 luni, o atrofie albă a nervului optic și a vaselor — *Weil-Dreyfus*, 1927). Un caz de atrofie a nervului optic, notată la două luni după căderea pe occiput dela o înălțime de câțiva metri (*Azzena*, 1929).

B. *Mușcătura* poate transmite: **sifilisul**, **morva** (nu numai direct dela animal, ci și dela omul în contact cu animalul), **farcinul**, **bacilul tetanosului**, **virusul turbării** (nu numai prin mușcătura de câine, dar și prin aceea a oricărui mamifer — lup, cal, pisică, bou, vacă, oaie, țap, porc și chiar prin mușcătura de pasere); **virisul pseudo-turbării** (prin balele unui câine care, fără a fi infectat cu virusul caracterizat al turbării, e numai într'o stare trecătoare de furie extremă).

Babeș (1928) semnalează o *septineurită rabică cu moartea subită cardiacă* în două cazuri de oameni mușcați de câini turbați; moartea e asemănătoare celei in angina pectorală.

Léri-Liévre (1928) înregistrează o *tuberculizare cutanată* tardivă consecutivă unei mușcături: la un an după ce în cursul unei încăerări, un individ a fost mușcat adânc la medius și inelar, și deși pe loc rănile au fost desinfectate cu apă oxigenată și tinctură de iod, pe locurile cicatriciate a apărut o roșeață cu umflare și apoi s'a desvoltat imaginea tipică a tuberculozei verucoase.

André Thomas—Kudelski (1929): edem al mânii consecutiv unei mușcături de pisică.

Din cele expuse rezultă că prognosticul unei **răni contuze trebue rezervat un timp variabil, după complicațiunile la cari ne putem aștepta.**

II. Rana contuză de gradul II

E o strivire interesând țesuturile în foarte mare adâncime, o strivire totală (care uneori poate implica și *luxațiuni* și *fracturi osoase*), o sfâșiere, o smulgere, adică o pierdere de substanță, o mutilare, o amputare complectă sau incomplectă. După cum tegumentele sunt sau nu rupte, avem o *rană contuză externă* și o *rană contuză internă*.

In *rana contuză externă*, atunci când sub piele se află un suport osos, ruptura are aspectul unei tăituri sau al unei răni cu lambouri (în lovitura aplicată oblic) ori acela al unei striviri (leziunile contuze ale articulațiunilor, ale arcadelor sprincenare). Aceste din urmă plăgi supurează și sunt susceptibile de a da naștere la flegmoane, erisipel, cicatrice viciоase.

Tot ca rană contuză de gradul II trebue socotită și **scalparea** (rănire cauzată de mașini sau curele de transmisiune, de o violentă lovire tangențială); uneori se poate nota desprinderea și smulgerea totală a pielei capului. — Jupuirea altor regiuni ale corpului (coapse, spate, părțile laterale ale toracelui) se poate nota în contuziunile prin călcare sau tamponare.

Sfăşierea, smulgerea poate fi efectul unei muşcături de om sau de animal. In atari răni hemoragia poate fi minimă. Absenţa totală a hemoragiei (apariţia în locul acesteia a unei revărsări seroase) e posibilă în cazurile de traumatism tangenţial al cărui efect nu e mai puţin o sfăşiere sau o smulgere importantă.

Diferenţiarea unei muşcături de om de una de animal. — Am spus că, în general, omul nu muşcă decât părţile descoperite ale corpului; numai în caz când victima e desbrăcată, muşcătura poate interesa orice regiune a trupului. Animalele, dimpotrivă, muşcă şi părţile desgolite şi cele acoperite.

In muşcătura de om adâncimea impresiunii e cu mult mai mică decât aceea a urmei lăsate de dinţii unui animal.

La copii mici, muşcătura de animal poate interesa şi oasele.

Identificarea speciei animalului. — *a)* Muşcătura de câine e de regulă adâncă: secţionarea netă a ţesuturilor, uneori complicată cu o adevărată sfâşiere.

b) Muşcătura de *pisică* are acelaş aspect, dar plaga are dimensiunile mai mici.

c) Dimpotrivă, muşcătura de *leu*, *tigru*, *panteră*, *leopard*, care deasemenea seamănă cu aceea a câinelui, are proporţii mai mari ca muşcătura acestuia din urmă.

d) Rar se înregistrează o muşcătură de *rumegătoare* (bou, vacă, oaie, etc.): plaga are aspectul unei striviri.

e) *Calul, măgarul, catârul*, sfâşie, smulg părţi ale ţesuturilor, pe cari le secţionează cu incisivii lor.

f) *Rozătoarele* fac leziuni caracteristice cu incisivii lor extrem de tăioşi.

g) *Reptilele sauriene şi hydrosauriene* (şopârla, crocodilul), animale homodonte, au dinţii sau conici sau turtiţi în formă de dinţi de ferestrău. Muşcătura e caracteristică, iar după gravitatea ei poate fi mortală.

h) *Şerpii*. Dinţii, în formă de con cu vârful adus, cauzează o înţepătură, rare ori o sfăşiere.

i) *Păsările*. — Leziunea produsă de ele e de obiceiu dublă: două impresiuni cu marginile opuse, făcute de cele două jumătăţi ale ciocului; cea cauzată de jumătatea superioară e mai mare. — De regulă, se notează leziuni multiple. — Ciocul păsărilor de pradă cauzează şi sfăşierea şi chiar smulgeri de ţesuturi.

Identificarea speciei animalului serveşte uneori la descoperirea persoanei căutate: *Coutagne*, examinând urmele lăsate de dinţii câinelui victimei pe corpul agresorului, l-a putut identifica pe acesta.

III. Efectele şi complicaţiunile

Rana contuză de gradul II se prezintă cu suprafaţa accidentată, cu lambouri şi cu supuraţiuni îndelungate.

Efectele şi complicaţiunile unei atari plăgi sunt cu mult mai grave decât acele ale rănii contuze de gradul I. Putem nota şi rupturi, plesniri, striviri ale organelor interne. De observat că, uneori aceste leziuni grave, întocmai ca rupturile musculare cu tegumentul corespunzător intact, nu sunt trădate, la exterior, prin nici un semn, ceeace se explică, pedeoparte prin elasticitatea şi rezistenţa pielei, pe de alta prin faptul că hemoragia rapidă poate împiedeca formarea de echimoze în ţesutul celular subcutanat.

1. **Leziuni ale creerului** (cu craniul intact) au fost observate de *Casper, Adams, Zaaijer*. Moartea e rapidă.

2. **Leziunile urechii:** lovirea cu o stinghie nu lasă ca urmă de cât o ușoară zdrelire dinapoia urechii drepte și cu toate acestea se notează sincopa precedată de scurgerea sanguină din urechea dreaptă, gură și nas (*Umar*, 1929).

3. **Leziunile plămânilor** — moartea rapidă sau tardivă.

4. **Leziunile inimii și ale vaselor mari** provoacă, de regulă, moartea rapidă, prin hemoragia ce instantaneu se produce; dacă revărsarea sanguină întârzie, moartea e și ea tardivă, iar durata supraviețuirii e dela câteva minute la 8—10 ore.

5. **Leziunile ficatului**: rupturi, striviri centrale sau periferice, în cari se poate nota necroza anemică. Moartea e rapidă sau tardivă (maximum 7—12 zile). Mici fragmente din ficatul strivit, pătrunzând prin embolie în plămân, provoacă moartea instantanee. Complicația rupturii canalelor biliare e peritonita.

Dar rupturile ficatului pot fi și spontane, din cauza fragilității excesive a țesutului parenchimatos al acestui organ (ruptura ficatului la un bolnav în timpul când i se schimbă poziția în pat — *Chiari*).

Ruptura se poate produce și sub influența unui traumatism neînsemnat, atunci când ficatul e atins de degenerescența grăsoasă.

6. **Leziunile splinei** sunt îndeosebi frecvente la organul hipertrofiat (malaria, tifos, sarcina).

7. **Leziunile rinichilor** sunt deobiceiu mortale, mai ales când sunt bilaterale.

8. Se pot nota și efecte tardive (un caz de meningită purulentă cu moartea la 7 săptămâni dela producerea plăgii contuze care la început n'a avut ca urmare decât o echimoză palpebro-conjunctivală bilaterală, o echimoză nazală și epistaxis; autopsia a arătat că meningita tardivă era consecutivă unui hematom orbitar — *Lyon-Caen*, 1929).

C. Cauza morții în rănile contuze, indiferent de gradul lor

Atunci când avem de examinat un **cadavru**, în primul loc, căutăm indicii pe haine; apoi determinăm: 1. depărtarea cadavrului de locul unde s'a produs contuziunea (lovirea directă, călcare, tamponare, cădere — obstacolele din linia căderii); 2. cantitatea de sânge scurs (pe rana deschisă, pe gură, nas, urechi, sufuziunea globilor oculari); 3. starea articulațiunilor membrelor; 4. fracturile scheletice; 5. paloarea foarte accentuată a pielei e un indiciu de hemoragie internă; 6. în strivirea înceată a corpului, repartiția sângelui nu e uniformă.

In cazul când rezultatul autopsiei e îndoelnic sau chiar negativ, ne putem gândi la una din următoarele eventualități în ce privește cauza morții:

1. *Tamponada cardiacă*: în pericardul nevătămat se găsește o hemoragie care a stingherit mișcările miocardului.

2. *Asfixia*. — Comoțiunea cerebrală însoțită de vărsături: masele vomitate, aspirate fiind în căile respiratorii, au cauzat moartea prin asfixie.

3. *Embolia* grăsoasă ori gazoasă.

4. *Septicemia.* Se caută cu atenție poarta de intrare și se verifică identitatea germenului de infecțiune în focarul inițial și în sânge.

5. *Șocul*, chiar în contuziunile cât de ușoare, cum ar fi practicele abortive, atentatul la pudoare.

In contuziunile grave (striviri, tamponări, etc.) șocul traumatic e mai frecvent și la deslănțuirea lui contribue în mare măsură condițiunile individuale (impresionabilitatea deosebită la durere, starea de alcoolism) și sediul rănii (zonele mai bogate în nervi). Nemijlocit consecutiv contuziei, șocul se explică prin turburări nervoase sau printr'o hemoragie gravă; apariția mai mult sau mai puțin tardivă a șocului are drept punct de plecare o infecție datorită contuziei.

Simptomele șocului traumatic sunt: paloarea, scăderea temperaturii, hipotensiunea arterială, o frecvență extremă a pulsului.

D. Agenții contondenți

Intreaga gamă a leziunilor contuze, a repercursiunilor și complicațiunilor acestora poate avea ca obârșie un traumatism cu intențiune exercitat sau unul fortuit — adică traumatismul caracterizat prin absența elementului intențional.

I. **Contuziunea cu intențiune cauzată** (delict, crimă sau sinucidere). — Agenții vulneranți pot fi:

1. *Instrumentele ori obiectele cu sau fără muchie, mânuite de agresor sau de sinucigaș:* ciocanul, muchia unui topor ori a unei secure, măciuca, bățul, umbrela, nuiaua, vâna de bou, cureaua, biciul, frânghia, parul, drugul de fier, latul unei săbii, patul unei arme de foc, un vas, o piatră, o cărămidă un bolovan o greutate mare (sac, ladă, etc.), etc.

2. *Izbirea de un obiect imobil,* mai mult sau mai puțin dur (agresiune sau sinucidere): o mobilă, un zid, un gard, pavajul, etc.

3. *Aruncarea dela înălțime (agresiune sau sinucidere);* cu lovirea de pământ, de pavaj, dușumea, etc.

4. *Aruncarea bruscă în apă* (chiar fără a se isbi de fund sau de un obiect dur), *într'o prăpastie.*

5. *Comprimarea de un obiect dur.*

6. *Armele naturale:* sugerea, mâna (palma, compresiunea, ciupirea), pumnul, cotul, piciorul, genunchiul, vârful sau tocul ghetei, umărul, capul, dinții, copita animalului, etc.

II. **Contuziunea accidentală** — în care răspunderea traumatismului o are sau nesocotința victimei sau întâmplarea de neprevăzut — poate avea ca origine:

1. *Căderea neașteptată a unui obiect mai mult sau mai puțin dur și greu.*

2. *Năruirea unui zid, a unui mal, desprinderea unui bloc din-tr'o stâncă, etc.*

3. *Căderea victimei dela înălțime* (pe pământ, pe pavaj, în apă, într'o prăpastie, etc.).

4. *Alunecarea în casă, în stradă, etc.*

5. *Călcarea sau isbirea de un vechicul* (car, trăsură, automobil, tramwaiu, tren, etc.).

6. *Tamponarea* (oiștea unui vechicul, tampoanele vagoanelor, etc.).

7. *Prinderea în angrenajul unei mașini industriale sau agricole, de o curea de transmisiune.*

8. *Catastrofă de cale ferată, incendiu, explozie, accident de navigațiune, ciocnire de vehicule, accident în transporturile aeriene.*

III. **Importanța traumatismului.** — Să ilustrăm prin câteva exemple importanța traumatismului contuziv:

a. *Comoțiunea corpului* consecutivă căderii dela înălțime sau unei simple alunecări poate cauza: echimoze profunde ale vaselor mari, în interstițiile musculare, pe diafragmă; fracturi ale scheletului, rupturi ori plesnituri viscerale (ficatul, splina, rinichii, plămânii) și leziuni cerebrale. (Pilotul unui avion moare în cădere; la autopsie se găsește inima sfârticată).

b. *Isbirea de un corp dur:* un miop, isbindu-se de o oiște, a murit aproape instantaneu; la autopsie s'a găsit ficatul plesnit.

c. *Căderea în apă:* un individ se aruncă, dela o înălțime relativ mare, într'un basin și moare: la autopsie: nici o leziune externă, în schimb ruptura ficatului.

d. *O palmă:* otită medie stângă, complicată cu un abces cerebral; surditate parțială permanentă.

IV. **Identificarea agentului vulnerant al contuziunii** nu e întotdeauna ușoară, mai ales dacă a trecut vreme mai îndelungată dela producerea traumatismului și din pricină că, după consistența și starea țesuturilor, leziunea se contractează sau se destinde, așa că ea nu mai poate reda imaginea precisă a agentului vulnerant.

In atare caz, expertul se va mărgini a caracteriza natura contuzivă a leziunii, fără a se pronunța asupra speciei corpului vulnerant.

Diagnosticul diferențial etiologic e întemeiat: pe elementele anamnezice; pe identificarea, pe cât cu putință, a corpului vulnerant, după forma leziunii; pe analiza chimică și microscopică a eventualilor corpi streini găsiți în rana părților moi ori în fractura osoasă. (Așa, de exemplu, făcându-se dovada că pe rană sau în fractură se găsesc urme de tencuială ori de pământ, e o prezumpțiune serioasă, că leziunea e mai de grabă datorită căderii accidentale sau chiar incercării de sinucidere prin isbirea capului, decât lovirii aplicate de o mână streină cu un corp contondent).

In călcarea individului de un vechicul (trăsură, automobil, tramvaiu, tren) accidentul se diferenţiază de sinucidere, prin aceea că în această formă etiologică individul ori se înţepeneşte pe picioare ori se culcă deacurmezişul drumului, pe când în accident poziţia corpului e mai mult sau mai puţin piezişe

2. Tăitura

a. Aspectul şi forma

1. Rana e liniară, regulată sau neregulată (rana în zig-zag notată în lovitura oblică şi care poate fi eronat interpretată ca produsă prin două sau chiar mai multe lovituri). Deasemenea secţiunea nu e dreaptă în leziunile făcute pe partea boltită a pericraniului. Tăierea transversală a unei cute poate fi dinţată, iar atunci când cuta nu e în întregime secţionată, rana unică are aparenţa unei răni duble în continuitate (la gât de exemplu).

2. Buzele rănii, atunci când lama e bine ascuţită, sunt net secţionate. Dacă lovitura e dată oblic, una din buze e subţiată în afară, iar cealaltă înăuntru. Dacă instrumentul e tocit sau ştirb, buzele apar dinţate. Crestăturile făcute de mai multe ori pe aceeaş rană fac ca buzele să pară zdrenţuite.

3. In lovitura perpendiculară, profilul rănii e acela al unei piramide, cu baza la exterior (cu unghiuri ascuţite la cele două extremităţi: cozile rănii). Depărtarea dintre buze depinde de direacţia loviturii şi de regiunea traumatizată; aşa, la cot, palmă, genunchi, deschizătura leziunii e mai mică decât aceea făcută cu acelaş instrument în altă zonă a corpului.

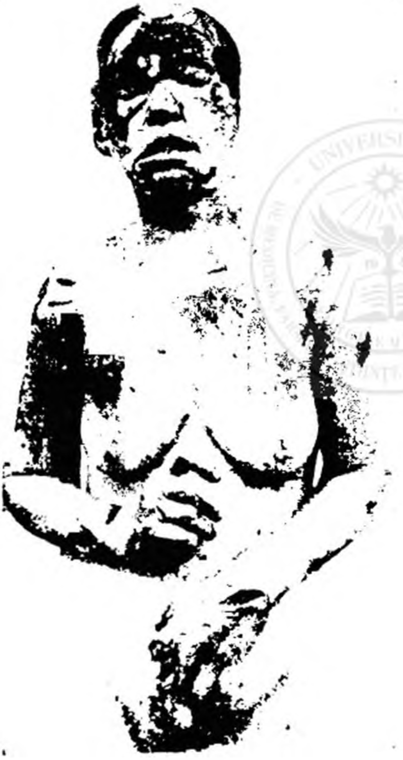


Fig. 67. — Tăituri multiple (asasinat).

4. Adâncimea variază după ascuţişul instrumentului, după violenţa loviturii şi după rezistenţa stratului subjacent. Lovitura

poate interesa şi oasele, când e dată cu putere şi cu un instrument greu (satâr, sabie, secure, topor, etc.). Uneori tăitura poate avea forma unei secţionări complecte (nas, ureche, gât, deget, mână, picior, decapitare, depesaj).

3. Prezenţa de corpi streini (între cari şi o parte a instrumentului) e uneori constatată fie la gura rănii, fie în interiorul ei.

b. Diagnosticul

De multe ori o tăietură seamănă cu plesnitura provocată de un corp contondent, atunci când traumatismul interesează capul, cotul, genunchiul. Numai examenul cu lupa ne arată dacă avem aface cu o tăitură sau cu o plesnitură contuzivă.

c. Prognosticul

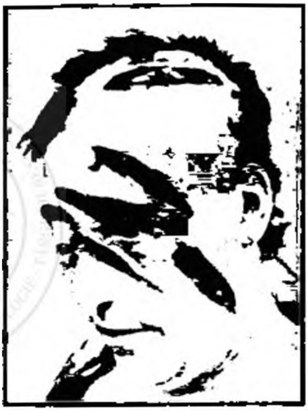


Fig. [illegible].—Răni mortale făcute cu un topor.

1. In tăietura mai superficială, cicatricea se formează după 12—15 zile; mult mai târziu, dacă rana e mai adâncă. După 30—40 zile cicatricea se albeşte. In rana cu lambouri şi cu pierdere de substanţă se formează muguri cărnoşi de reparaţiune, în interval de 12, 15, 30 şi chiar mai multe zile.

2. Gravitatea leziunii depinde de regiunea interesată, de adâncimea rănii şi de starea septică sau aseptică a acesteia. Rana cu lambouri e mai gravă.

3. Rănile mai adânci pot cauza moartea prin hemoragie, prin secţionarea unui vas important, prin deschiderea unui organ important pentru funcţiunile vitale (laringe, trachee), prin complicaţiuni secundare (infecţie purulentă, tetanos), comoţie sau contuzie cerebrală,— rapid mortale, atunci când leziunea interesează cutia craniană (cu instrumentele tăioase grele). Uneori, prin secţionarea nervilor, se pot nota şi turburări nervoase de natură diferită (paralizie, afazie totală sau parţială).

In secţionarea unui vas, moartea e mai rapidă cu leziunea unei artere decât cu aceea a unei vene. In acest din urmă caz moartea poate fi consecinţa pătrunderii aerului în sânge. Moartea e mai rapidă la cachetici şi copii. Sfârşitul catastrofal depinde şi de natura vasului: în secţionarea carotidei, de exemplu, moartea se poate produce în câteva minute; dimpotrivă, în secţionarea arterelor intercostale, moartea poate întârzia 1—2 zile. Să mai notăm că, în secţionarea arterelor, sângele ţâşneşte cu o mare putere putând fi proiectat până la o depărtare de 2 m.

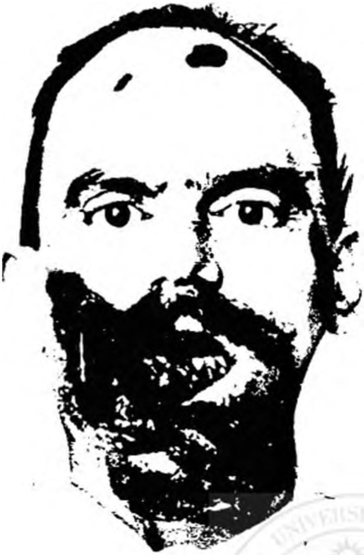


Fig. 69. — Tăituri multiple cu toporul (rănile văzute din faţă).

Insfârşit, putem fi martori şi la formaţiuni neoplasice. (Un bătrân de 70 ani. La două luni după o tăietură pe talpa piciorului, a apărut o tumoare vânătă, de mărimea unei cireşe, care, la examenul histologic, s'a dovedit a fi un sarcom — *Hornemann*, 1928). Sarcomul plăgii tăioase poate să se producă în interval de 3 săptămâni până la 2 ani.

Nu e însă exclus ca in secţionări cu caracter extrem de grav să notăm supravieţuirea, precum o arată următoarea observaţie:

Un flăcău de 18 ani e atacat, iar agresorul îi face o tăietură adâncă la gât, prin secţionarea traheei şi a esofagului. Criminalul acoperă apoi corpul victimei, pe care o credea moartă, cu crengi de copaci şi cu pietre. Tânărul rămâne fără cunoştinţă timp de 36 ore, după care, revenindu-şi în simţire, se scoală, se duce acasă de unde e transportat la spital. După o îngrijire de o lună de zile, e complect vindecat (*Giraud*, 1930).

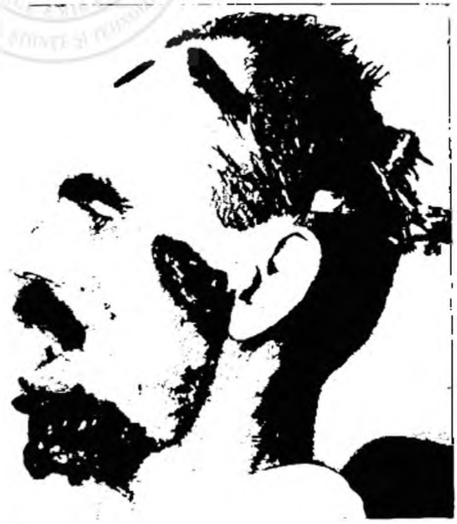


Fig. 70. — Tăituri multiple făcute cu toporul (capul cadavrului dela fig. 69 văzut din profil).

d. Instrumentele şi obiectele tăioase

După aspectul, forma şi adâncimea rănii produse, se disting trei feluri de instrumente şi obiecte tăioase:

1. Instrumentele şi obiectele tăioase propriuzise: cuţitul obicinuit, briciul, foarfecele, sabia, coasa, sapa, ferestrăul, ciobul de sticlă, ciobul de vas, spija, unghia, etc. Corpul vulnerant e mânuit mai mult sau mai puţin paralel cu regiunea atacată.

Rana e mai lungă decât adâncă, iar buzele ei sunt net secționate. Dreaptă de obiceiu, leziunea poate avea forma curbată, atunci când lovitura e dată într'o regiune cu suport osos mai mult sau mai puțin rotund.— Lovitura poate avea ca efect o mutilare care, de regulă, să intereseze, nasul, buzele, bărbia, urechia, organele genitale. — Tăitura, precum am văzut la descrierea rănilor, poate fi cauzată și de o margine a osului fracturat sau de o așchie osoasă.

Rana făcută cu *unghia* are forma arcuită caracteristică, atunci când unghia e înfiptă; în acest caz, uneori se găsește în vecinătatea tăiturii o sufuziune sanguină consecutivă presiunii exercitate de buricele degetului. — Rana e lineară, atunci când unghia nu se înfige, ci alunecă paralel cu zona tegumentară țintă a leziunii.

Diagnosticul diferențial etiologic. — 1. *Sinuciderea* (vezi clișee la capitolul „Diagnosticul etiologic al faptului medical") se demonstrează prin direcția și adâncimea rănii și prin elementele anamnezice. Chiar leziunile multiple nu exclud sinuciderea. (O femee de 28 ani, cu turburări mintale de natură puerperală, își tae cu briciul mai întâiu vinele dela ambele mâni, apoi își face o tăietură de 10 cm. pe abdomen). — In sinuciderea prin tăierea gâtului, în marea majoritate a cazurilor rana e transversală, puțin inclinată, în direcțiunea dela stânga la dreapta sau dela dreapta la stânga, după cum sinucigașul e dreptaciu sau stângaciu, ori ambidextru. — Și eventrarea mortală se poate întâlni în sinucidere (harakiri).

2. *Simularea* se diagnostichează după adâncimea, direcția și dispoziția rănilor (vezi: vol. I, pag. 846—855).

3. *Accidentul:* tăitura căpătată prin mânuirea neîndemânatecă a instrumentului tăios, căderea unui instrument sau obiect tăios peste o parte a corpului victimei, căderea victimei peste un obiect tăios.

Fig. 71. — Depesaj criminal post-mortal: cadavrul ciopârțit și reconstituit al femeii Maria Logositopolu, omorâtă la 21 Ianuarie 1878 de către propiul ei fiu, care în urmă a tăiat corpul în bucăți, pe cari le-a pus într'o ladă și le-a trimis la Fierbinți. Examenul medico-legal s'a făcut la 17 zile dela moarte: toate bucățile cadavrului și organele erau într'o stare de perfectă conservare, par'că depesajul ar fi datat de numai 2-3 zile.

e. Instrumentele şi obiectele tăioase-contondente

Se deosebesc de cele tăioase propriu-zise, prin aceea că, prin greutatea lor, pricinuesc o inciziune de o adâncime mai mare. Tăitura aceasta, după puterea cu care instrumentele sunt mânuite, poate să se continue cu o fractură a suportului osos acoperit de părţile moi, in primul loc lezate (pielea şi muşchii) şi prin os să pătrundă în organele interne. (O observaţie: sabia, după ce-şi face drum prin stern, pătrunde în plămânul drept şi în crosa aortei). Ele sunt întrebuinţate de preferinţă în depesajul criminal.

Exemple de corpuri vulnerante tăioase-contondente: satârul, securea, toporul, sabia, dalta, tesla, cosorul, helicele vapoarelor şi ale aeroplanelor, etc.

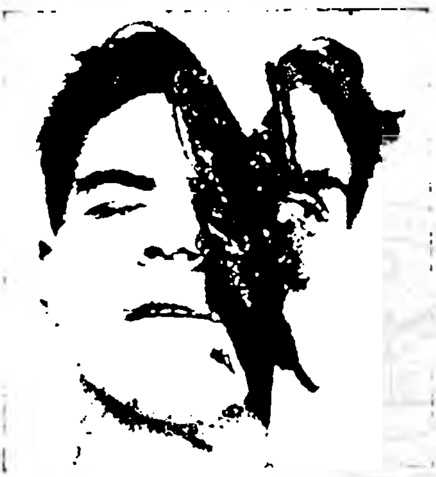


Fig. 72. — Tăitură accidentală cu un ferestrău circular

Diagnosticul diferenţial etiologic. 1. *Sinuciderea* e posibilă, s'au văzut oameni cari şi-au dat cu propria lor mână lovituri de topor, de secure, de satâr, mai ales in cap. (1. Un alienat a aşezat toporul cu tăişul in sus şi apoi s'a isbit cu capul de acesta.— 2. Un alt alienat şi-a dat cu o secure nu mai puţin de 31 lovituri in cap — *Neurciter*, 1930). — Vezi clişee la capitolul „Diagnosticul etiologic al faptului medical".

2. *Accidentul* e posibil atunci când sau cazi peste un instrument ori obiect tăios-contondent, ori acesta te loveşte din întâmplare (toporul sare din coadă ori cu coadă cu tot).

f. Instrumentele tăioase-înţepătoare

Multe din ele pot fi cuprinse şi in categoria celor tăioase propriu-zise (cuţitul cu vârful ascuţit, briceagul, bisturiul, foarfecele, sabia), dar lovitura dată cu acestea nu mai e paralelă cu locul vizat depe corp, ci mai mult sau mai puţin perpendiculară pe acesta: corpul vulnerant e implântat.

1. *Instrumentul tăios — înţepător poate avea unul, două, trei sau patru tăişuri* (tot atâtea muchii ascuţite), iar forma rănii redă cu mai multă sau cu mai puţină preciziune însăşi secţiunea transversală a armei întrebuinţate. — *Cu un tăiş:* rana are forma unui triunghiu isoscel, baza fiind constituită de urma lăsată de partea neascuţită; *cu două tăişuri:* rana, lunguiaţă, are două cozi; *cu trei tăişuri:* rana triunghiulară mai mult sau mai puţin equilaterală, cu câte o crestătură la fiecare din cele trei unghiuri: *cu patru tăi-*

șuri: rană patrulaterală (stelată), cu patru crestături (câte una de fiecare unghiu).

2. *Rana poate fi mai mare decât secțiunea transversală a corpului vulnerant:* aceasta se explică fie prin deviarea armei care, în drumul ei, întâlnește un țesut mai rezistent, fie prin răsucirea ei în rană. In cazul din urmă se modifică simțitor și forma leziunii. Numai atunci când instrumentul pătrunde întâiu prin îmbrăcăminte, ruptura făcută în aceasta redă cu aproximație mai mare secțiunea transversală a corpului vulnerant.

3. *Examenul comparativ al adâncimii cozilor rănii* ne permite să determinăm și direcțiunea din care a fost dată lovitura.

Fig. 73. — Decapitarea accidentală. Caz întâmplat în București, în preajma intrării noastre în războiul de întregire națională: automobilistul Ciriac și-a găsit moartea în cursul unei experiențe, făcută la Șosea cu un foarfece special, adaptat în partea anterioară a mașinei, pentru tăiarea din mers a sârmei ghimpate. In momentul când automobilul a ajuns în dreptul barajului, aparatul de tăiat n'a funcționat, iar sârma așezată deacurmezișul a retezat dela gât capul experimentatorului.

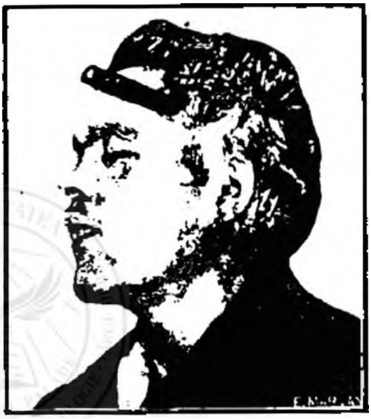


Fig. 74. — Crimă. Cuțitul a rămas implântat în rană

4. *Dacă instrumentul pătrunde până la gardă,* zona lezată poate reda și amprenta acesteia.

Exemple de instrumente tăioase-înțepătoare: cuțitul de bucătărie, cuțitul de cismărie, pumnalul, sabia, spada, baioneta, sulița, etc.

Diagnosticul diferențial etiologic. — 1. *Sinuciderea* poate fi admisă, chiar atunci când instrumentul nu se găsește în rana mortală, ci la picioarele individului ori aruncat la oarecare depărtare de acesta. Moartea nefiind întotdeauna fulgerătoare, sinucigașul mai poate scoate arma din trup. (Vezi clișee la capitolul „Diagnosticul etiologic al faptului medical")

2. *Accidentul e posibil* când victima cade peste corpul vulnerant.

3. *Simularea* se demonstrează prin adâncimea, direcțiunea și dispoziția leziunilor.

3. Înțepătura

Dacă nu interesează un organ esențial, înțepătura e de regulă mai puțin periculoasă decât tăietura: grație elasticității lor, țesuturile se retractează repede, aşa că numai după câteva zile cu greu se mai poate explora întreg canalul.

a. **Inţepătura anatomică**, făcută la mână cu instrumentul de care ne servim fie la disecţie şi la autopsie, fie cu ocazia tratării unei răni septice. In forma *acută*, înţepătura anatomică poate uneori provoca o limfangită care, local, se transformă în abces flegmonos cu supuraţie difuză. Foarte rar evoluţia poate fi şi aceea a infecţiunii purulente cu abces în viscere. — In forma cronică, mai ales prin inocularea bacilului lui Koch, înţepătura aceasta poate provoca apariţia unui *tubercul anatomic*, la mână sau la încheetura acesteia.

b. **Tatuajul**, ca produs al unei serii de înţepături fine, prin accidentele ce le poate provoca, trebuie cuprins şi el în cadrul rănilor făcute prin înţepare.

c. **Inţepătura poate fi făcută şi de o insectă** (albină, viespe, scorpion, etc.) primejduind sănătatea şi chiar viaţa.

d. **Se mai poate întâmpla să avem de examinat efectele înţepării cu spinii plantelor.**

1. **Urma lăsată pe îmbrăcăminte**

Ea variază după forma instrumentului şi după natura şi consistenţa stofei sau a pânzei. Aşa: în stofa deasă, se notează o ruptură în sensul urzelii, care poate avea forma stelată (după numărul muchiilor ascuţite ale instrumentului); la ţesăturile rare (pânză, lână, flanelă, bumbac), ruptura e circulară sau ovală, cu marginile zdrenţuite.

2. **Rana pe corp**

La ea deosebim: *a*. orificiul de pătrundere; *b*. canalul rănii în adâncimea ţesuturilor; *c*. orificiul de ieşire, atunci când instrumentul e destul de lung spre a răsbate în partea opusă a regiunii lezate (baionetă, spadă, floretă, suliţă; stilet care poate perfora întreg braţul sau mâna; ţeapă, cuiu, etc. cari pot perfora laba piciorului).

A. **Orificiul de pătrundere.** — Mărimea lui variază după grosimea instrumentului vulnerant: orificiul poate fi foarte mare, după cum poate avea forma unui punct (înţepătura unei viespe, a unui spin, înţepăturile de şerpi — înţepătura de viperă poate fi confundată cu aceea a unei insecte — înţepăturile tatuajului).

Forma orificiului, care rare ori oglindeşte pe aceea a secţiunii transversale a instrumentului vulnerant, diferă şi după forma acestuia şi după ţesuturile lezate. Aşa: 1. pe pielea capului orificiul se retractează; 2. orificiul rănii, care interesează şi muşchiul, deasemenea se micşorează, din cauza retractilităţii fibrelor; 3. în creer, orificiul e deformat de hemoragie; 4. organele parenchimatoase (ficatul, rinichii, splina), dura-mater, pleura, peritoniul, oasele late (craniul, sternul, omoplatul, coastele, basinul) păstrează orificiului profilul instrumentului.

Orificiul rănii făcute cu un instrument cu trei sau mai multe muchii ascuțite apare stelat, cu un număr de raze egal cu acela al muchiilor; acestea nefiind ascuțite, orificiul apare ca acela al unei leziuni făcute cu un cuțit sau cu un instrument cu profilul conic.

Marginile orificiului pot fi infiltrate cu sânge, iar modificările acestuia contribue la determinarea vechimii leziunii: în primele 24 ore se găsește sânge revărsat în buzele rănii; după 36—48 ore apare limfa plastică; în intervalul de 4—15 zile se formează muguri, iar cicatrizarea se face în 15—18 zile.

B. Canalul rănii, de o adâncime variabilă, nu corespunde întotdeauna direcției în care a fost dată lovitura, pentrucă, între timp, instrumentul a putut să alunece și astfel să devieze trajectul.

In străpungeri, canalul poate fi mai lung ca instrumentul, pentrucă părțile moi (abdomen, etc.), în momentul aplicării loviturii, se comprimă și apoi se destind.

In canal se poate da peste o parte din instrumentul frânt.

Pe *persoana vie*, precum am mai spus, nu se sondează rana; pe *cadavru*, din contră, se examinează strat cu strat.

Durata plăgii, la omul viu, e variabilă, iar prognosticul, din cauza eventualelor complicațiuni, trebue să fie rezervat. Gravitatea rănii depinde de importanța regiunilor și organelor lezate.

C. Diagnosticul diferențial. — Expertul trebue să se gândească și la posibilitatea ca rana să fie produsă printr'o așchie osoasă, în cazurile de contuziuni grave (cădere, tamponare, plesnirea unei coaste, etc.).

3. Consecințele

Complicațiunile sunt aceleași ca la rănile făcute cu un instrument tăios. Statisticile arată, însă, că proporția mortalității între rănile ințepătoare și cele tăioase e de 3 la 1; aceasta, pentrucă ințepăturile, prin adâncimea canalului lor, interesează mai des organe de o valoare considerabilă în economia vieții.

Așa: am notat moartea consecutivă unei perforări a venei jugulare; moartea în urma unei răni perforante a miocardului.

Indeosebi în ce privește ințepăturile septice, *Bouget-Uteau* (1928) semnalează unii arbuști ai căror spini cauzează o ințepătură periculoasă, astfel explicată: unele păsărele depun pe acești spini provizii de insecte și de animale cari, putrezind, fac spinii septici.

Se notează uneori curioase efecte la distanță: *a.* o lovitură de stilet in flancul stâng avu de urmare retențiunea urinară; *b.* o ințepătură cu cuțitul în partea stângă a gâtului a provocat purulența peretelui posterior al faringelui (*Brandsky*, 1929); *c.* lovit cu stiletul în coapsa dreaptă, moare din cauza paraliziei şi a gangrenei intestinale (*Loewenthal*, 1927).

In ce priveşte tatuajul putem nota. sub raportul consecinţelor, o întreagă gamă de fapte medicale, începând cu o durere banală şi sfârşind cu moartea:

Durerea poate fi foarte mare şi. în unele cazuri. să provoace moartea prin inhibiţie.

Reacţiunea inflamatorie, flegmonul difuz. gangrena. pioemia, limfangita. furunculul. antraxul, ulceraţiunile persistente, induraţiunile prelungite ale dermei, keloidele cicatriciale (1. un flegmon al braţului consecutiv tatuării — *Perrier;* 2. flegmon complicat cu o flebită a jugularelor; 3. amputări în urma gangrenării regiunilor tatuate — *Berchon*).

Intoxicaţia consecutivă fixării materiei colorante toxice în ganglionii dermei.

Febra. delirul.

Transmiterea sifilisului. a tuberculozei. prin aceea că operatorul moaie acele în propria lui salivă infectată.

Moartea — consecutivă fie şocului inhibitoriu. fie complicaţiunilor de natură infecţioasă.

4. Instrumentele şi obiectele înţepătoare

Forma lor variază în primul loc după secţiunea lor transversală: circulară, semicirculară. fusiformă. triunghiulară. patrulaterală. neregulată.

I. **Secţiunea circulară.** — a) *Instrumentul e conic ori cilindro-conic:* acul. acul cu gămălie. acul de pălărie. acul unei viespe spinul sula, cuiul. şurubul. ţepuşa. vârful de metal al unui baston. cornul unui animal dintele unei furci. al unei grape: pila rotundă. — Rana superficială. cu orificiul rotund. de mărime varibilă. se continuă print'un canal de o adâncime deasemenea variabilă

b) *Instrumentul e cilindric:* vergea fără vârf sau ţeavă cari. numai cu putere împinse, pătrund în ţesuturi. Vergeaua plină face un orificiu rotund cu o totală pierdere de substanţă circulară. ţesuturile lezate fiind împinse în canalul tubular al rănii. Ţeava face o crestătură circulară. substanţa centrală putând rămâne mai mult sau mai puţin intactă.

Rănile cauzate de instrumentul sau obiectul cilindric au şi caracterul unei plăgi contuze, numai că adâncimea lor e mai mare. (Un caz de sinucidere cu o ţeavă de aluminiu dela o pipă: lovitura a fost aplicată în regiunea precordială, iar ţeava a pătruns până'n inimă unde a rămas înfiptă — *Hunter-Lunsford*, 1928).

II. **Secţiunea semi-circulară** vârful unei frigare, al unei pile arcuite pe o faţă şi plană pe cealaltă.

III. **Secţiunea fusiformă**: o pilă cu două feţe arcuite şi două muchii: cuţit de tăiat hârtie. etc.

IV **Secţiunea triunghiulară şi quadrangulară** compasul, floreta. pila. etc.

V. **Secțiunea neregulată**: o cheie, ciocul unei paseri, o așchie de lemn, o așchie osoasă, un ciob ascuțit de sticlă, de metal, de vas, o piatră ascuțită, etc.

a) In genere e de observat că, după importanța vitală a regiunii lovite, *nu e nevoie ca instrumentul înțepător să aibă o lungime mare:* Magnan citează cazul unui alienat care s'a sinucis înfigându-și in inimă un ac lung de numai 3 cm.

b) Diametrul orificiului de intrare cutanat nu e în raport direct cu grosimea instrumentului: de regulă un instrument subțire lasă un orificiu cu diametrul mai mare decât acela al corpului vulnerant; dimpotrivă, cu instrumentele groase diametrul orificiului e mai mic decât diametrul uneltei și aceasta se explică prin aceea că, în cazul acesta din urmă, retracțiunea tegumentară e foarte activă.

c) Forma orificiului nu corespunde întotdeauna aceleia a corpului vulnerant; numai leziunea osoasă o reproduce aproape exact.

d) Instrumentele prevăzute cu gardă, atunci când aceasta atinge tegumentele, *lasă în plus o amprentă mai mult sau mai puțin pronunțată a opritoarei.* Amprenta aceasta se prezintă cu crestături atunci când fața inferioară a opritoarei e ascuțită: dacă fața aceasta e tocită, urma tegumentară e aceea a unei plăgi contuze.

Diagnosticul diferențial etiologic e acelaș ca și pentru instrumentele tăioase și înțepătoare.

4. Rana făcută cu o armă de foc

In prealabil trebuie să observăm că nu întotdeauna rana e adâncă: atunci când a pierdut din viteză și pedeasupra se lovește de obstacolul îmbrăcămintei, proectilul poate cauza numai striviri superficiale, însoțite sau nu de rupturi sub piele — adică leziuni contuzive.

Se mai poate, excepțional, nota particularitatea următoare: glontele înfundă pielea, uneori chiar fără a-i cauza o leziune serioasă, ca un deget de mănușă, așa că, odată cu scoaterea îmbrăcămintei, cade afară și proectilul.

Rana, chiar mortală, poate fi cauzată și prin ricoșare, în împrejurări cu adevărat excepționale, cum e cazul relatat de *Puppe:* Un glonte de revolver, lovește, dela 8 pași, un vas smălțuit; proectilul ricoșează la o depărtare de alți 8 pași, se isbește din nou și se întoarce spre a lovi în frunte pe un tânăr care sta lângă trăgător. Tânărul a murit după 9 zile.

Să mai notăm că și simpla bură poate cauza o rană mortală (fractura temporalului unui soldat care, în timpul manevrelor, fusese lovit de o bură de forma glontelui unei arme militare, descărcată dela o depărtare de 2—3 m. —*Balthazard*).

Rana făcută cu arma de foc se pretează uneori la confuzia cu efectul unei contuziuni violente.

După *Koesemohadjipoetro* (Java, 1929), se pot concepe următoarele trei eventualităţi: 1) victima a fost mai întâiu lovită cu un corp contondent şi ulterior, în acelaş loc, s'a descărcat arma; 2) proectilul, prin explozia lui, a provocat o fractură cominutivă a osului (craniu); 3) ulterior pătrunderii proectilului, agresorul a mai dat o lovitură contondentă (chiar cu patul armei).

Dimpotrivă, o rană contodentă numai superficial examinată, poate fi luată drept urmă de împuşcare. (Două interesante contraexpertize ale lui *Puppe:* 1. Pe pielea capului două zdreliri paralele lungi de 8 cm. şi cu un interval de 3 cm. între ele. Un medic le ia drept răni făcute în tragerea tangenţială. Puppe a demonstrat c'au fost făcute cu o bucată de ţeavă de gaz aerian. — 2. Un medic de spital atestă că o rană de pe spate e făcută cu un proectil; Puppe demonstrează că e o contuziune făcută cu un ciocan de tinichigiu)

I. Examenul îmbrăcămintei

Inainte de a păşi la cercetarea rănii, procedăm la examenul atent al hainelor. Găurile se caută cu lupa simplă sau bioculară. Pe stofele compacte, orificiul de ieşire e de regulă mai mare ca orificiul de intrare.

a. **Arsurile mari** indică descărcarea dela o foarte mică distanţă cu proectilele cu pulbere neagră. Arsura se identifică şi pe corp în zona respectivă.

b. **Forma şi mărimea** găurii nu depinde neapărat de calibrul proectilului, ci de consistenţa stofei sau a pânzei.

c. **Gaura multiplă** cu un singur proectil, atunci când acesta a trecut printr'o cută a hainei.

d. **Identificarea firelor de pulbere pe îmbrăcăminte.** — Examinând cu o lupă coloraţiunile provocate de un foc de armă pe îmbrăcăminte, se observă o zonă circulară, adesea neregulată. Pe diverse stofe, dela distanţe diferite şi cu mai multe feluri de pulbere, descărcarea dela 2 m. nu mai lasă pe haine sedimentul acesta. Deasemenea zona colorată nu se poate identifica pe stofa pluşată, pe blană, pe piei de animale.

Pentru identificarea tatuajului de pe haine, *Kipper* recomandă întrebuinţarea chitului, *G. Strassmann* pe aceea a parafinei, *Dyrenfurth* şi *Weinmann* se servesc de soluţia de cauciuc ori de mastisol (întinsă pe carton, pe o foaie de celuloid, pe sticlă).

Rezultatul experienţelor făcute de *Piédelièvre* şi *Simonin* (1928) la Institutul Medico-Legal din Paris:

1. Pe lingeria albă. 1. *In tragerea până la 40 cm.*, tatuajul e constituit de fire de pulbere strivite şi de un depozit de negru de fum. — 2. *In tragerea dela*

60 cm., o zonă constituită din mai multe cercuri negre, dintre cari cele mai mari au un diametru de 0.5 mm. In centrul acestor cercuri, pânza nu e străpunsă. — 3. *In tragerea dela 80 cm.*, amprentele negre apar în partea centrală a tatuajului.

2. Pe cauciuc: 1. In tragerea dela 1 m. se observă numeroase fire de pulbere: după înlăturarea lor, rămâne o urmă albă, închisă, uneori într'un cerc negru.

e. **In tragerea din apropiere** (până la depărtarea de 50 cm.) glontele de plumb lasă pe haine urme metalice cari nu se pot identifica decât pe îmbrăcămintea ce nu are pete de praf de plumb sau de culori cu bază de plumb.

II. Examenul rănii

La o rană făcută cu arma de foc deosebim: orificiul de intrare, canalul şi, eventual, orificiul de ieşire.

1. Orificiul de intrare

Deosebim două feluri de orificii: cele făcute de gloanțe şi cele făcute de alice. Ele pot uneori lipsi în tirul oblic.

A. Orificiul făcut de glonte.—a) *E sau unic sau multiplu* (rana în seton; glontele trece, de exemplu, prin mamelă, apoi pătrunde în piept).

b) *Forma orificiului* e *tipică* (rotundă, ovalară), sau *atipică* (în funcțiune de distanța tirului, de forma şi calibrul proectilului). In tragerea dela o foarte mică distanță, orificiul are forma *atipică* (marginile crestate — rupturi cauzate de gazele de explozie cari pătrund sub piele). Un proectil subțire poate face un orificiu de forma unei tăieturi ca la o înțepare cu un instrument conic; *elementul de diferențiare*: în mijlocul orificiului se vede un fund de sac înnegrit. Orificiile atipice mai pot avea aspectul unei simple excoriații, sau să fie atât de mici, încât nu se pot distinge cu ochiul liber. *(Vezi exemplele citate în „Technica expertizei", vol. I).* Un orificiu liniar, mai mic de cât lungimea proectilului care a pătruns în corp, se poate nota atunci când proectilul loveşte piezis.

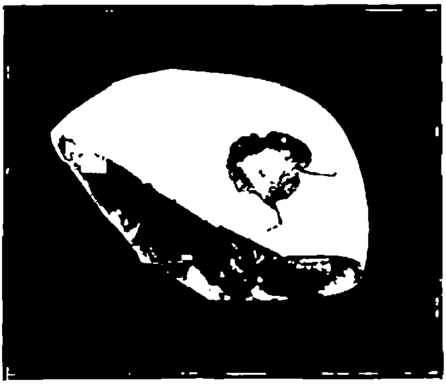


Fig. 75. — *Cele două orificii făcute de glontele unui revolver în cutia craniană: jos orificiul de intrare; sus orificiul de ieşire.*

c) *Aspectul orificiului.* Vecinătatea orificiului, pe o lățime de 1—2 mm., e uscată, negricioasă ca o arsură; pe omul viu, zona de disicare e puțin umflată și acoperită cu o crustă: *cercul de contuziune*. In lovirea perpendiculară pe corp, lățimea zonei contuzive e uniformă: în lovirea oblică, zona e mai lată în partea de primă atingere a proectilului. In lovirea accentuat tangențială zona contuzivă e redusă la un segment și anume în partea de atingere a glontelui, iar orificiul e excentric.

La tâmplă, zona înegrită se distinge nu numai pe piele, ci și pe fascia mușchiului temporal. Excepțional zona de arsură poate fi datorită și aprinderii îmbrăcămintei, în dreptul rănii, prin deflagrarea pulberei.

Proectilul, în atingerea lui cu pielea, se curăță de murdăria depe el și formează, pe suprafața cutanată, un depozit concentric de murdărie — *gulerașul de mânjire*.

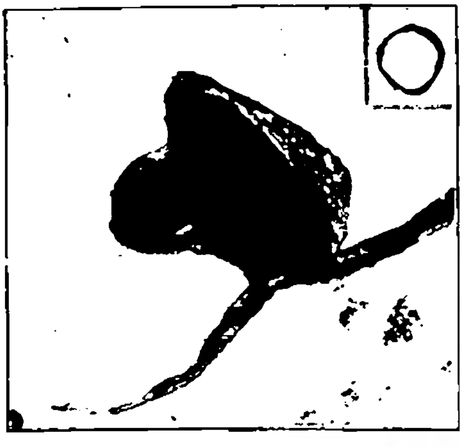


Fig. 76. — Marea disproporție între dimensiunile orificiului de intrare (sus în cheuar) și acele ale orificiului de ieșire, făcut de un glonte de revolver într'un craniu. (Pierderea de substanță dela orificiul de ieșire e însoțită și de o mare fractură a craniului, la una din marginile orificiului).

E de notat și *tatuajul* făcut de firele de pulbere. Cu proectilele cari degajează puțin fum, tatuajul poate lipsi chiar în tirul dela 30 cm. (*Kipper*, 1926).

La orificiul de intrare se mai pot identifica, la microscop, fibre ale stofei sau ale pânzei, atrase de proectil. Atari fibre se pot găsi și în canalul rănii precum și la orificiul de ieșire.

Urmele de sânge scurs pot fi o indicațiune in ce privește mișcările făcute de rănit, imediat după împușcare. Petele de sânge acoperă de multe ori zona arsurii și tatuajul.

Insfârșit, în tragerea cu gura țevii lipită de corp, gazele pătrunse în orificiu împing pielea spre deschizătura armei și se formează astfel o impresiune (stanță), notată deobiceiu în sinucidere. Disicarea face impresiunea invizibilă; în cazul acesta, se lasă pielea să macereze pentru ca amprenta să reapară. — *Werckgartner* (1928) a notat, în două cazuri, amprenta gurii țevei și în lipirea armei nu direct de piele, ci de îmbrăcăminte.

In tragerea cu gura țevii lipită de corp, se văd uneori, pe mâna cu care sinucigașul a tras, mici sufuziuni sanguine și rupturi, precum și benzi înegrite. Intr'un caz, într'o sinucidere prin descărcarea armei în piept, s'au găsit, la un stângaciu, pe mâna stângă stropi de sânge țâșnit din orificiul de intrare; iar, la o descărcare în tâmpla dreaptă, tot la un stângaciu, două degete dela mâna stângă erau înegrite de fumul pulberei.

d) *Dimensiunile orificiului* depind de distanța tirului și de mărimea și profilul proectilului.

In tirul dela distanță mică, diametrul orificiului e mai mare decât acela al proectilului; pe măsură ce distanța se mărește, diametrul orificiului se micșorează. — Particularitatea aceasta se explică prin elasticitatea pielei: proectilul înfundă tegumentul în forma de pâlnie, rupe fundul acesteia; după pătrunderea glontelui în adâncime, pielea se retractează.

Numai în cazul de ricoșare (proectilul lovindu-se de un corp tare) diametrul orificiului poate fi mai mare decât acela al glontelui, cu toate că distanța tirului a fost considerabilă.

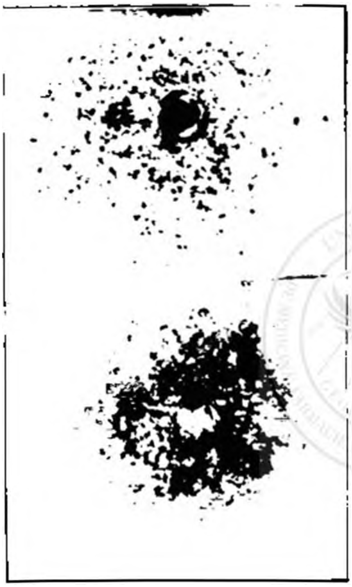


Fig. 77. — Tatuajul făcut pe piele de descărcarea unei arme: *sus*, de pulberea cu fum; *jos*, de pulberea fără fum.

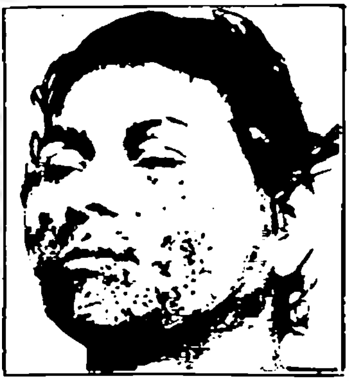


Fig. 78. — Tatuajul lăsat pe fața victimei în urma descărcării unui revolver (crimă).

B. **Orificiile făcute de alice.** — a) *In tirul până la o distanță maximă de 2 m., descărcătura massei de alice centrale e ca aceea a unui proectil unic,* iar pe zona învecinată a orificiului se văd orificii mai mici făcute de alicele periferice. Aceste orificii mici sunt de mărime inegală, pentrucă unele din ele sunt făcute de aglomerate de alice (*Suchanek* a notat un orificiu suplimentar cu un diametru de 1 cm.).

Cu cât distanța tirului e mai mare, cu atât mai întinsă e și zona găurită de orificiile mici, în jurul celui central. Atunci însă când țeava se strâmtează spre gură, numărul orificiilor mici e mai redus.

b) *Alicele cari lovesc oblic* fac orificii lunguețe. — In lovirea oaselor, alicele, în majoritatea cazurilor, se turtesc, fără a cauza nici o leziune, oasele subțiri, însă (cutia craniană), pot fi găurite, în tirul dela distanță mică.

c) *In descărcarea dela o foarte mică distanță* (gura țevii lipită de corp și până la 1 m. depărtare) *încărcătura de alice cauzează o rană mai mică decât aceea făcută de un glonte.*

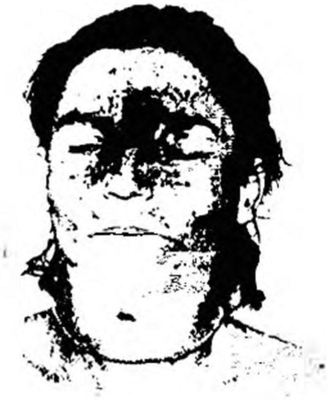


Fig. 79. — Tatuajul depe fața victimei, notat după descărcarea din mare apropiere a unui revolver.

2. Canalul

Cași pentru orificiul de intrare, avem de examinat canalul făcut de un glonte și canalul sau canalele făcute de alice.

A. Canalul făcut de glonte.— Din capul locului e de notat că diversele reacțiuni ale țesuturilor vii modifică direcțiunea proiectilului, făcându-l să devieze în canalul care pornește dela orificiul de intrare.

Proiectilul poate târî după el bucăți din îmbrăcăminte (stofă, pânză), fragmente din obiectele lovite aflătoare pe corp în zona lovită (metal, lemn, etc.), bucăți de piele, așchii osoase. Excepțional se poate înregistra particularitatea. ca glontele, fără a rupe total îmbrăcămintea atinsă, s'o înfunde pe aceasta în canalul rănii (un proectil comprimând cămașa, a împins partea comprimată până în cavitatea abdominală: scoțându-se cămașa, s'a scos în acelaș timp glontele — *Joubert*).

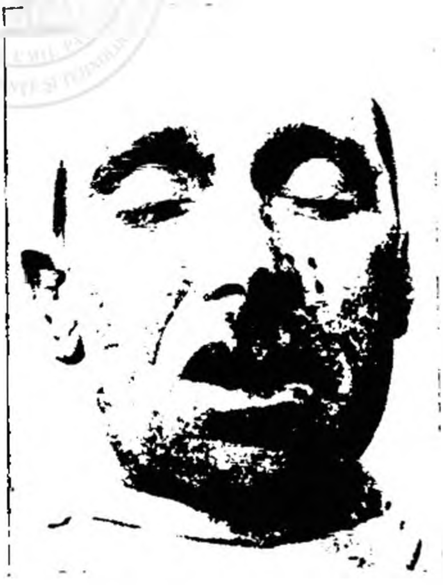


Fig. 80.— Rana și incrustațiunile notate după descărcarea dela mică distanță a unui pistol (crimă).

In ce privește *bura*, e de observat că, atunci când arma e descărcată dela o foarte mică depărtare, ea poate fi găsită intactă sau ruptă și în parte arsă în rană, în vecinătatea orificiului de intrare sau mai adânc.

1. *Forma canalului* e variată, din cauza devierii proectilului, atunci când intâlnește un obstacol osos, în care caz se poate nota și o ricoșare a glontelui. (Un proectil pătrunde pela mijlocul humerusului, străbate brațul de jos în sus, apoi trece în partea superioară a toracelui, își deschide un drum în mușchii abdomenului, pătrunde adânc în mușchii fesieri și se reurcă in partea anterioară și mijlocie a coapsei opuse — *Hennen*). Numai in tirul dela distanță mare, canalul e de regulă mai mult sau mai puțin în linie dreaptă.

a) Canalul se poate prezinta sub forma unui fund de sac.

b) Canalul e unic sau multiplu (dela o anumită distanță dela orificiul de intrare) atunci când, in trecerea lui prin țesuturi, proectilul s'a fragmentat. Avem astfel canale bifurcate, trifurcate.

2. *Diametrul canalului* corespunde aproape cu acela al calibrului proectilului, în tirul dela o distanță mare. Lărgirea canalului se explică uneori prin prezența corpilor streini târîți sau impinși de glonte.

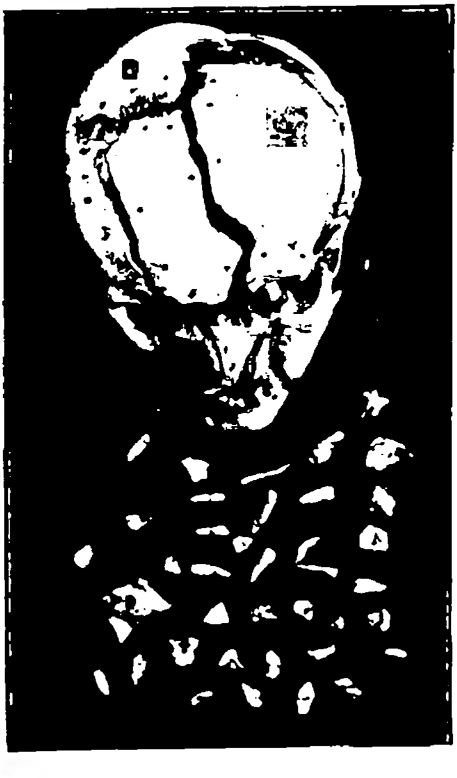


Fig. 86. — Fracturile cominutive ale craniului, consecutive unei descărcări a puștii Mannlicher.

3. *Explorarea canalului, întru căutarea proectilului:*

a) Canalul e mai mult sau mai puțin umplut cu sânge.

b) De regulă, când nu există orificiu de ieșire, proectilul se găsește la extremitatea canalului în mijlocul unui focar hemoragic. Dar *glontele se poate deplasa după moarte* și nu dăm peste el în locul ce normal trebue să-l ocupe, dacă între deces și autopsie a trecut un interval mai lung.

Pe omul *viu*, glontele poate pătrunde intr'un vas (provocând o embolie); deasemenea poate cădea într'o cavitate (intestin, plămân, canalul rachidian) unde să se fixeze dintr'odată sau să se plimbe prin ea şi astfel să-l regăsim la o mare depărtare. — In două rânduri am dat peste proectil în intestin, după ce în zadar explorasem tot corpul.

Dar glontele poate fi evacuat prin defecare, uneori chiar fără a fi observat. (Proectilul loveşte sub bărbie, pătrunde în faringe şi esofag, de unde cade în stomac, iar după şease zile e evacuat prin anus. Rana n'a determinat decât un voluminos hematom cervical, urmat de o parezie transitorie a braţului drept — pareză datorită compresiunii pasagere a plexului brachial — *Desclaux-Gauducheau*, 1930).

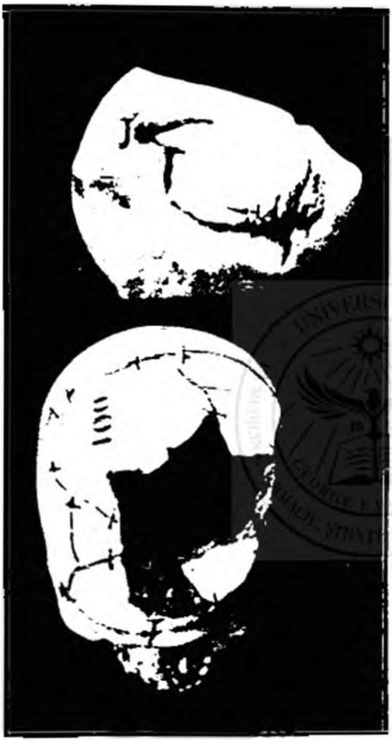


Fig. 62. — Fracturi craniene cauzate în lovirea tangenţială a proectilului armei Mannlicher.

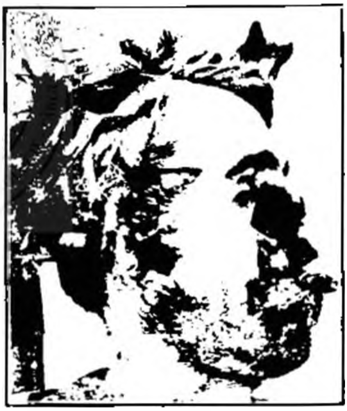


Fig. 63. — Ravagiile făcute de glontele unei puşti Mannlichera

c) Proectilul se găseşte adesea imediat sub piele a capului, sub un focar de fractură incomplectă a cutiei craniene, ale cărei fragmente le deplasează.

d) Atunci când, prin ricoşare, glontele alunecă, la exterior sau în interior, dealungul osului, se poate nota: în împuşcarea în tâmplă, proectilul, înaintând pe faţa internă a osului, zgârie numai suprafaţa creerului; în împuşcarea în coaste, când omul e lovit din faţă, glontele poate aluneca dealungul unei coaste şi să fie găsit în spate, sub pielea neatinsă.

e) Proectilul poate cauza leziuni indirecte, prin presiunea hidrostatică (plesnirea osului craniului).

f) Glontele, fără a rupe pericardul — care-l îmbracă întocmai ca un deget de mănușă — poate însă determina o perforare a miocardului.

g) De multe ori, deși nu există orificiu de ieșire, în canalele deviate, bifurcate, trifurcate, nu putem da deadreptul de proectil sau de fragmentele acestuia. Radiografia ne ajută spre a-l regăsi pe *omul viu*, într'o masă grăsoasă în corpul unei vertebre, într'o ansă intestinală, într'o pungă seroasă. Pe *cadavru* îl regăsim prin explorarea minuțioasă a tuturor țesuturilor, a tuturor organelor și a scheletului.

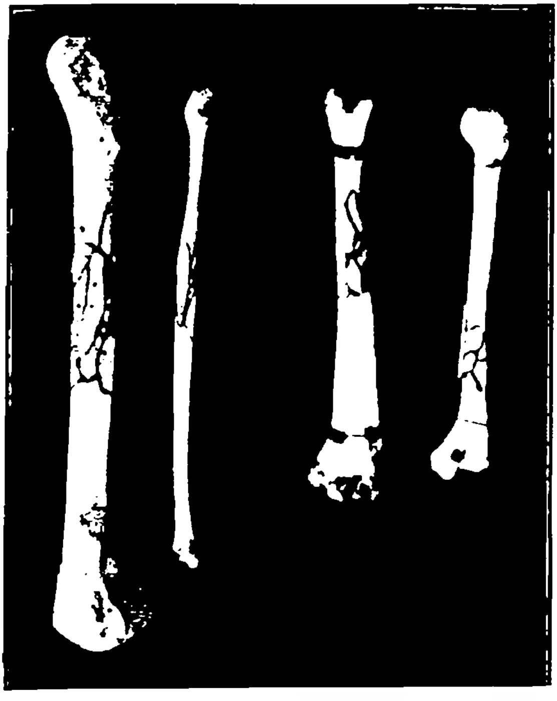


Fig. 84. — Fracturi cominutive ale oaselor lungi, produse prin lovirea glontelui puștii Mannlicher.

O interesantă observație de peregrinare a proectilului: glontele pătrunde întâiu în brațul stâng, de aci în umărul stâng; apoi sfarămă coastele 1 și 2 și, pe sub claviculă, pătrunde în cavitatea toracică, rupe vârful plămânului stâng, pătrunde în corpul celei de a 7-a vertebre dorsale, sfâșie fața anterioară a măduvii spinării și se fixează definitiv în părțile moi ale spatelui (*Casper-Liman*).

Alte observațiuni de devieri curioase ale canalului: din piept în cavitatea basinului — *Steichele*, 1925; din umărul stâng în fesa stângă — *Steinitz*, 1928; orificiul de intrare e în partea stângă a sternului, canalul străbate plămânul, pericardul și aorta, iar proectilul se fixează în artera femurală stângă — *Leclerq-Muller*, 1929.

B. **Canalul făcut de alice.** — Alicele centrale constituind o massă mai mult sau mai puțin agregată, asemenea unui glonte, pătrunzând în corp, sapă un canal, uneori foarte adânc, putând interesa și organele interne.

Cât despre alicele izolate sau constituite în mase mărunte, ele ori nu fac deloc canale, ori sapă canale mai mult sau mai puţin superficiale.

3. Orificiul de ieşire

E o ruptură rotundă sau stelată, din interior la exterior, şi cu marginile mai mult sau mai puţin zdrenţuite, după gradul de deformare a proectilului.

Diametrul orificiului depinde nu numai de calibrul armei, ci şi de consistenţa şi grosimea pielei: pe palma mânii, pe talpa piciorului, pe spate, unde pielea e groasă şi compactă, orificiul e mai mic ca în altă regiune a corpului.

Uneori se poate nota şi la orificiul de ieşire *zona contuzivă* caracteristică orificiului de intrare: atunci când e excesiv de subţire, pielea, comprimată de proectil, se striveşte dinăuntru în afară şi, prin disicare, capătă aspectul guleraşului de eroziune.

Rănile făcute cu alice nu au orificiu de ieşire, pentrucă n'au puterea de străpungere a glontelui.

4. Diferenţiarea orificiului de ieşire de cel de intrare

Elementele diagnosticale sunt:

a) Diametrul. — Orificiul de intrare e de regulă mai mic decât cel de ieşire.

Spre a se evita erori de interpretare, e de ţinut seama de următoarele observaţiuni:

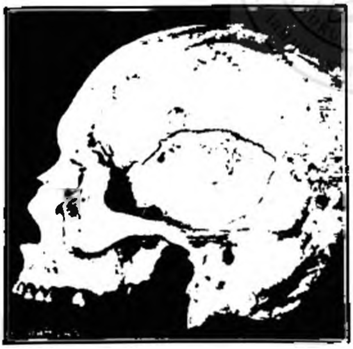


Fig. 85. — Diagnosticul etiologic al unei răniri mortale cu arma de foc, prin examinarea craniului unui schelet găsit într'o pădure. Am identificat două găuri: una în vălul palatului, cu caracterele orificiului de intrare; alta în creştetul capului, cu caracterele orificiului de ieşire. Am conchis că descărcarea armei făcându-se pe gură, după toate probabilităţile trebuie admisă ipoteza sinuciderii; *ancheta judiciară a confirmat această concluzie: era vorba de un alienat care-şi descărcase un revolver în gură.*

1. *In tirul dela distanţă mică* orificiul de intrare e *mai mare* decât cel de ieşire, pentrucă rana e făcută nu numai de proectil ci şi de gazele de explozie din pulbere.

2. *In tirul dela distanţa mare* şi când glontele e îmbrăcat cu un manşon, acesta din urmă, deformându-se, lărgeşte orificiul de intrare, iar proectilul propriu-zis, desbrăcat de înveliş, îşi sapă un canal mai îngust — deci şi orificiul de ieşire va fi mai mic.

b) Aspectul şi forma — 1. *Infundarea din afară înăuntru,* la orificiul de intrare, şi *dinăuntru în afară,* la cel de ieşire, e un element de diferenţiare diagnosticală, atunci când rănile sunt examinate pe omul viu sau pe un cadavru neputrefiat. Atunci când putrefacția e instalată, marginile orificiului de intrare sunt împinse în afară.

2. *Pe oasele late* orificiul de intrare e întotdeauna mai mic decât cel de ieșire.

3. *Orificiul de intrare osos* e de regulă rotund și poate fi mai mic ca diametrul proectilului (cutia craniană); dar poate fi neregulat și mai mare, în fractura cominutivă a osului. Deasemenea, un proectil de plumb, turtindu-se, mărește diametrul orificiului (cu o armă de calibru 7 mm. s'a notat un orificiu de intrare de 2 cm.).

Orificiul de ieșire osos are de regulă marginile crestate sau fracturate.

4. *Gulerașul contuziv și cel de murdărire* diferențiază prin excelență orificiul de intrare de cel de ieșire.

c) Tatuajul e specific orificiului de intrare.

d) Prezența corpilor streini în apropierea orificiului diferențiază rana de intrare de cea de ieșire. In tragerea dela o foarte mică distanță, corpii străini (fibre de stofă, pânză, fragmente cutanate, peri, fragmente osoase, urmele murdăriei depe corp sau de pe proectil) se găsesc în chiar primul centimetru al canalului.

5. Consecințele rănilor cu arma de foc

In afară de efectele și complicațiunile inerente oricărei leziuni superficiale ori profunde, rănile făcute cu arma de foc pot provoca arsuri grave, infecțiunea purulentă, tetanosul, boli nervoase.

Câteva observațiuni. — 1. Un soldat e lovit în regiunea zigomatică stângă, proectilul pătrunde în fosa pterigo-maxilară dreaptă, unde atinge carotida internă dreaptă; după puțin timp se pronunță o *hemiplegie stângă* cu toate caracterele formei organice (*Frugoni*, 1917).

2. Glontele lezează fața inferioară a creerului, în regiunea temporo-occipitală: *alexie fără afazie, hemianopsie laterală homonimă (Baruk-Bertrand* — 1928).

3. *Epilepsie tardivă (după 25 ani):* Bărbat de 50 ani. In Octombrie 1903 e rănit cu un glonte de revolver deasupra ochiului drept: glontele pătrunde în creer; epistaxis și 24 ore fără cunoștință. In zilele următoare: violente dureri de cap și o pareză facială care a persistat timp de 25 ani, în schimb *nici o turburare nervoasă*. Aparent complect vindecat, părăsește spitalul după 3 săptămâni. *In Martie 1904, are un prim acces epileptic,* urmat de o violentă cefalalgie în regiunea fronto-occipitală dreaptă. Trei alte accese în lunile următoare, apoi atacurile epileptice se reproduc periodic la fiece 6 luni. Până la 1916 a luat zilnic 4 gr., de brom. In 1918, fenomenele epileptice nu mai reapar. Moare în 1928 într'un acces de epilepsie. Atare moarte cauzată de epilepsia traumatică tardivă a fost notată numai o singură dată în 371 observațiuni (*Maisonnet*, 1928).

4. *Tuberculoză tardivă:* Tânăr de 27 ani. In 1914 e împușcat în coapsa stângă cu hemoragie mare. Proectilul e extras, în urma deschiderii unui focar purulent. In 1916 se pronunță o pleurită cu catar al vârfului plămânului, iar după

o lună hemoragii renale, din cauza tuberculozei de care moare in 1925 (*Schizer*, 1927).

Dar rănile consecutive împuşcării nu sunt intotdeauna mortale, chiar când intereseazã organe vitale, cum e inima (se inregistrează numeroase vindecări, cu sau fără intervenție chirurgicală). *Estor* (1928) a indentificat un proectil de vreme îndelungată fixat într'o pungă a pleurei care, în acel loc, e calcifiată.

6. Intervalul de supraviețuire în rănile considerate mortale

Observațiunile făcute indrituesc concluzia că acest interval poate fi uneori relativ destul de lung:

I. Rănitul poate schimba poziția corpului, în tragerea dela o distanță mare. Experiențe cinematografice demonstrează că un om poate să facă stânga'mprejur într'o secundă și jumătate și să sară la o depărtare de un metru în 3/4 dintr'o secundă. Or, o distanță de 400 m. de exemplu, e străbătută de glontele descărcat dintr'o armă neperfecționată în mai mult de o secundă.

II. Proectilul străpunge gâtul dela stânga la dreapta și supraviețuirea

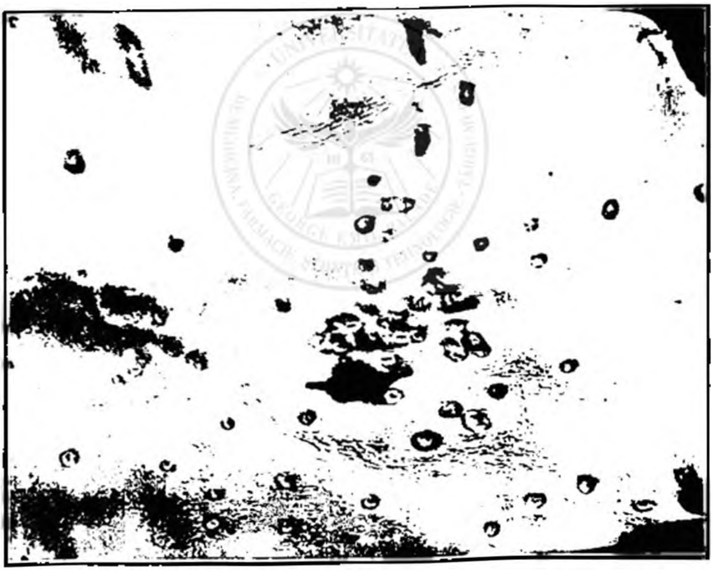


Fig. 86. — Efectele descărcării dela distanță a unei puști încărcate cu alice (pe piele).

durează 7 zile. — Numai în ziua întâia mici turburări de deglutiție și o slabă scurgere sanguinolentă. In ziua a 6-a reapare această scurgere, iar în ziua a 7-a moartea se produce în cursul unei hemoragii abundente. — *La autopsie:* la bifurcarea carotidei o pierdere de substanță aproape circulară, cu un diametru de 5 mm. Escara, care se formase, a început să se desprindă în ziua a 6-a, pentru a cădea complect în ziua a 7-a (*Brondi*).

III. Supravieţuirea în perforarea plămânului în absenţa unei hemoragii intense şi a asfixiei consecutive. — In alt caz (foarte rar) leziunea s'a complicat tardiv cu o tuberculoză pulmonară (*Leipold*, 1928).

7. Prioritatea rănii mortale

E o chestiune care se pune expertului, în caz când există mai multe leziuni cu arma de foc. Problema e aproape insolubilă, dacă diferenţiarea nu se poate face numai pe baza caracterelor vitale sau postmortale ale rănilor. Numai pentru rănile craniene *Chavigny* dă următorul criteriu: fractura produsă de primul proectil fiind stelată, cea cauzată de al doilea proectil are razele întrerupte în punctele unde acestea dau peste razele primei răni.

III. Arma

După ce natura rănii a fost bine determinată, i se cere expertului să demonstreze: 1) cu ce fel de armă de foc a fost făcută rana; 2) depărtarea dela care arma a fost descărcată şi viteza iniţială; 3) direcţia tirului; 4) identificarea armei (puşcă, revolver, pistol, armă improvizată, armă cu una sau două ţevi, ţeavă ghintuită sau nu, lungimea şi calibrul ţevii); 5) felul şi calibrul proectilului; 6) felul pulberei; 7) lungimea proectilului; 8) numărul descărcăturilor şi dacă toate proectilele vulnerante provin dela una şi aceeaş armă sau dela două ori mai multe.

In caz de nehotărîre, expertul va solicita ajutorul unui armurier.

1. Felul armei

Demonstraţia nu e grea atunci când încărcătura se găseşte în corpul victimei sau în preajma acesteia. Arma poate fi puşca militară, puşca de vânătoare, revolverul, pistolul, pistolul automat, arma încărcată numai cu pulbere, arma încărcată cu apă; o armă improvizată (o simplă ţeavă încărcată cu pulbere); proectilele explozive (bombe, obuz, granată de mână, şrapnel)

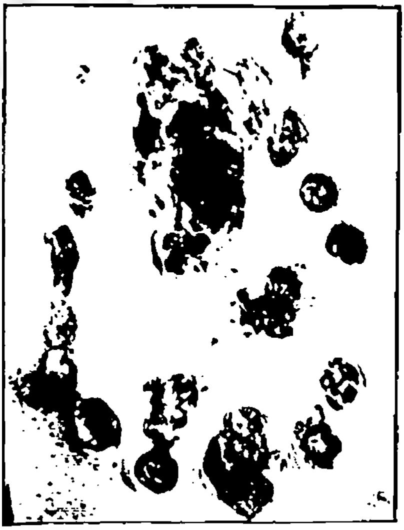


Fig. 87. — Ravagiile făcute pe piele prin descărcarea unui pistol încărcat cu alice.

2. Felul încărcăturii

Proectilul vulnerant poate fi: un glonte, un cartuş umplut cu alice, încărcătura oarbă, încărcătura numai din pulbere, un proectil de lemn.

Cât despre *pulbere*, ea poate fi cea neagră ori pulberea fără fum de diverse nuanţe, după compoziţia ei. Pulberea neagră formează un tatuaj negru sau albăstrui, iar pulberea proxilee (fără fum), un tatuaj galben-verzui.

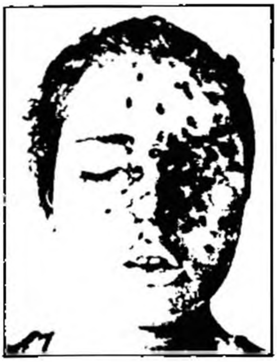


Fig. 88. — Ravagiile făcute pe faţa victimei de alicele din încărcătura unui pistol (crimă).

3. Distanţa dela care arma a fost descărcată

Determinarea depărtării e în funcţiune de felul armei şi lungimea ţevii acesteia, precum şi de natura încărcăturii şi a proectilului. Nemai oprindu-ne asupra descrierii rănii (vezi: examenul rănii prin arma de foc), ne vom mărgini să arătăm cum se poate aprecia distanţa de tragere după particularităţile zonei lezate.

A. In tragerea cu gloanţe

a) **Aspectul rănii.** — Gazele de combustiune pătrunzând, odată cu proectilul prin orificiul de intrare, desprind şi rup marginile acestuia, însă numai în descărcarea de la o distanţă maximă de 5 – 6 cm. In descărcările dela distanţe mai mari, atunci când glontele se izbeşte de un os, efectul distructiv se notează la orificiul de ieşire sau în adâncimea canalului.

Interpretarea acestui semn poate însă da loc la erori, căci după cum observă *Chavigny* (în „L'expertise des plaies par armes à feu" şi în studiul „Balles renversées, balles dum-dum et balles explosives"), efectul destructiv notat la orificiul de intrare se înregistrează şi în descărcările dela foarte mari distanţe cu gloanţe explozibile propriu-zise, cu gloanţele dum-dum şi cu gloanţele răsturnate (intenţionat sau accidental).

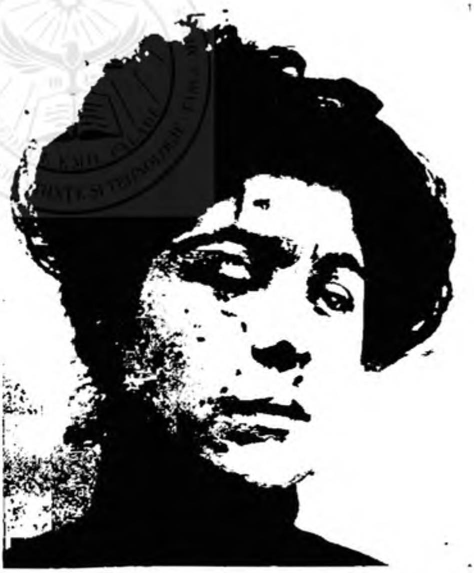


Fig. 89. — Incrustarea alicelor (rănire cu pistolul).

b) **Tatuajul**, format din depozitul de fire de pulbere, diferă ca aspect după natura pulberei cartuşului. Cu pulberea neagră, tatuajul e masiv, lat, negru accentuat: cu pulberele proxilate, din contră tatuajul e discret, de o coloraţiune variind după însăşi culoarea pulberii întrebuinţate.

Adesea se găsesc pe piele sau pe haine câteva răzlețe fire nearse de pulbere proxilată.

In tatuaj se disting trei zone: 1) *Un lizereu* îngust juxtapus imediat orificiului de intrare: guleraşul de atingere. — 2. *Zona mediană* — zona propriu-zisă a tatuajului. — 3. *Zona externă* — zona de estompare.

De notat că pulberea putându-şi modifica compoziția înainte de întrebuințare, e dela sine înțeles că aceasta va avea drept corolar şi o modificare a aspectului tatuajului.

Cu cât mai mare e distanța cu atât mai mare e şi zona tatuată; intensitatea tatuajului descreşte, însă, pe măsură ce depărtarea sporeşte. Mai e de reținut, că tatuajul lipseşte cu totul în tragerea cu revolverele dela o distanță de 1—75 cm. In tragerea cu puşca, tatuajul nu se produce, decât dela o distanță de cel puțin câțiva metri: numai atunci când se întrebuințează pulberea fără fum, tatuaje răslețe se pot nota şi dela distanța mică de 1,5 m.

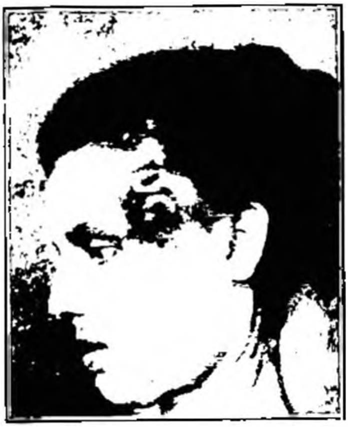


Fig. 90. — Dublă rană mortală făcută de două proectile constituite din alicele aceleiaşi încărcături de pistol.

Pentru orientarea demonstrațiunii sale expertul trebue să posedă o colecție de *tests* de tir: cartoane pe cari s'au practicat trageri de la bout-touchant până la distanța maximă dela care se mai pot nota cele mai slabe urme de tatuaj. Distanța aceasta e calculată în centimetri şi dela gura țevii până la punctul de atingere.

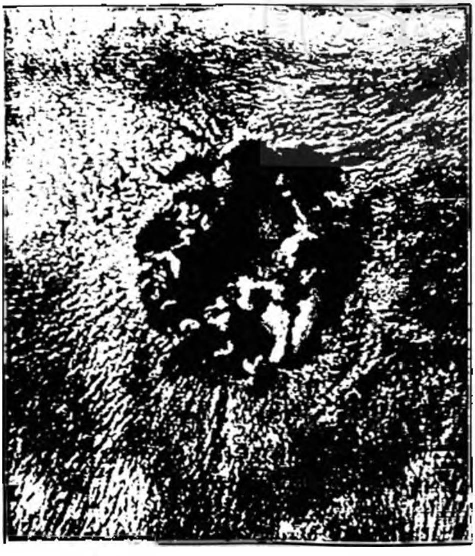


Fig. 91.—Orificiul de intrare notat pe pielea unei persoane, mortal rănită cu o descărcătură de alice formând un proectil unic

c) Zona de arsură (pârlirea pielei, a părului, perilor şi a hainelor) e netă în descărcarea armei cu *pulbere neagră*, dela o distanță mai mică de 20 cm.; până la depărtarea de 2 m. arsura se estompează până la completa absență. Pe *cadavru*, zona de de arsură, care e pergamentată, se observă după ce se curăță stratul de negreală.— O zonă pergamentată se poate identifica şi la întrebuințarea cartuşelor cu pulbere fără fum, însă numai atunci când distanța de descărcare nu trece de 5 cm.

d) Zona contuzivă, produsă de lovirea proectilului de tegument, constantă în tirul dela o distanță foarte mică, se notează şi în tragerea dela o depărtare mare.

e) Amprenta gurii țevii pe piele e o dovadă că descărcarea s'a făcut cu arma lipită de zona lezată. Amprenta aceasta e mai ștearsă atunci când tegumentul e acoperit de păr sau de îmbrăcăminte.

β Canalul rănii. — 1. În descărcarea armei din imediata apropiere, canalul e înegrit pe toată întinderea lui, până la orificiul de ieșire; bine înțeles că intensitatea înegririi scade cu adâncimea canalului.

2. Dacă arma e descărcată cu gura țevii lipită sau aproape lipită de corp, atunci, prin explozia gazelor din pulbere, canalul se lărgește și in el se pot găsi fragmente de piele, de țesut muscular, așchii osoase, țesut adipos, substanță cerebrală, iar când zona interesată e craniul și proectilul e de calibru mare, în tirul foarte apropiat notăm o adevărată zdrobire osoasă.

3. În descărcarea dela o depărtare relativ mare, diametrul canalului e în funcțiune pedeoparte de calibrul proectilului, iar pe de alta de elasticitatea țesutului.

B. In tragerea cu alice

Elementele de argumentare le căutăm în studiul orificiului de intrare,

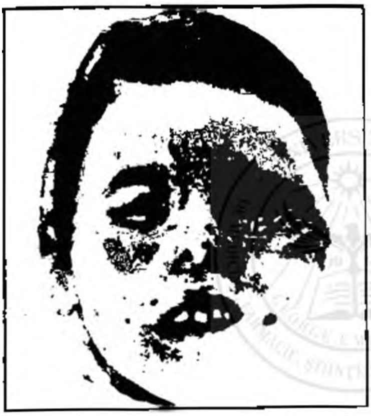


Fig. 92. — Pătrunderea prin ochiu a întregii încărcături de alice a unui pistol.

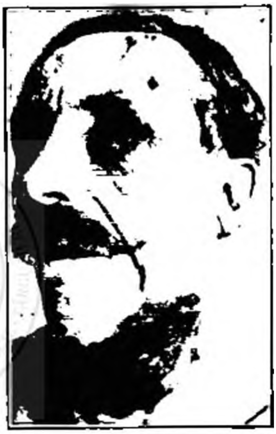


Fig. 93. — Descărcarea, sub bărbie, a unei puști încărcate cu alice: câteva alice au răzbătut prin frunte (sinucidere).

al încărcăturii, al răspândirii alicelor, al acțiunii pe țesuturi a produselor de combustiune a pulberii: studiem deasemenea calibrul, lungimea și particularitățile țevii.

In genere e demonstrat că, la întrebuințarea unei puști de sistem vechiu, până la distanța de 35 cm., alicele formează un proectil unic, deci nu se răspândesc pe corpul atins. Pe măsură ce crește distanța, crește și zona de incrustare a alicelor.

Insă, cu puștile de vânătoare moderne, cu percuțiune centrală și cu pulbere fără fum, viteza inițială a alicelor fiind mai mare, dispersiunea acestora nu începe decât dela distanța de 1 m. — Cu o armă perfecționată sau cu o pușcă militară transformată într'una de vânătoare, se poate uneori nota absența incrustării alicelor dela depărtări considerabile (alicele, formând glonte și fără nici o incrustare în zona lezată, au pătruns în corp, printr'un orificiu cu un diametru de 2 cm., dela o depătare de 120 m. — *Dervieux, 1929*).

C. In tragerea cu bură

In descărcarea armei dela o foarte mică distanţă, bura poate fi găsită ori intactă ori ruptă şi în parte arsă, la o adâncime mai mare sau mai mică dela orificiul de intrare.

⁂

Ca regulă de expertiză, în ce priveşte distanţa avem de dat următorul sfat:

Atunci când nu se indentifică semnele caracteristice ale tragerii din apropiere şi când nici examenul îmbrăcămintei nu dă nicio indicaţie serioasă, medicul să nu se rostească niciodată, nici chiar cu corectivul aproximaţiei, asupra depărtării dela care arma a putut fi descărcată. Cinstit e să declare, în concluziile lui, că, dată fiind absenţa elementelor de demonstrare, e în imposibilitate de a determina distanţa.

4. Direcţiunea tragerii

Elementele de orientare sunt: poziţia victimei în raport cu mâna cu care trage, axa orificiului de intrare, zona de tatuaj, zona contuzivă, canalul. *Sunt însă de o valoare precară*, date fiind capriciile atât de frecvent notate în descărcarea armelor. In primul loc avem rănirile prin *ricoşarea exterioară*. In ce priveşte canalul, e de observat că atunci când proectilul se loveşte de un os, se produce o *ricoşare interioară*: proectilul, din cauza rezistenţei întâmpinate, se abate dela drumul iniţial şi sau formează un unghiu, sau alunecă dealungul osului şi, continuându-şi calea, se fixează într'o derivaţiune a canalului iniţial. — Cât despre zona contuzivă e de reţinut că, atunci când ea e excentrică, incomplectă sau chiar cu totul absentă, e o dovadă că proectilul a lovit oblic.

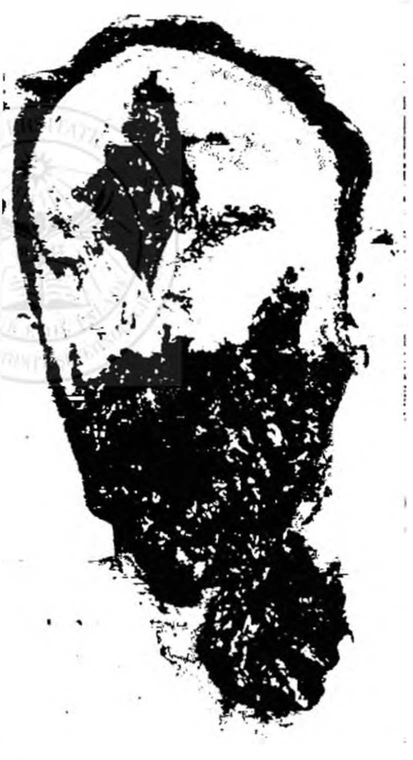


Fig. 94. — Incărcătura de alice a unei puşti, intrată sub bărbie şi ieşită prin frunte.

a) *In tragerea cu gura ţevii lipită de corp*, din cauza marei sfâşieri a ţesuturilor, nu se poate determina direcţia tirului.

b) *In descărcarea dela o distanţă mică* direcţia e determinată cu ajutorul dispoziției tatuajului, al axei orificiului de intrare și al direcției canalului.

c) *In tragerea dela o depărtare mare*, axa orificiului de intrare și direcția canalului ne ajută la determinarea direcției tirului.

5. **„Individualizarea" armei**

Adică expertul mai are și misiunea de a demonstra cu care anume armă a fost produsă leziunea: dacă arma găsită e aceea cu care s'a tras sau ne aflăm în fața unei mistificări; dacă arma bănuită e sau nu acea care a fost utilizată.

Identificarea armei e esențial bazată pe examenul proectilului. După cum acesta e sau nu regăsit în corpul victimei sau in preajma acesteia, două eventualități se prezintă pentru expertiză:

A. **Proectilul există.** — Atunci când, prin explorare nu dăm de el, recurgem la ajutorul radiografiei, pentrucă s'au văzut cazuri de proectile mici, fără canale vizibile, cari s'au înfipt în coloana vertebrală.

In prealabil e de observat că proectilul, dacă nu are un manșon rezistent, nu-și păstrează întotdeauna forma primitivă: dând peste un țesut tare, mai ales unul osos, se deformează ori se spintecă; gloanțele de plumb se pot deforma chiar numai la atingerea cu pielea. Deformarea poate fi totală sau parțială, iar spintecarea se face pe una sau mai multe linii, ceeace are de urmare că proectilul se desface în două sau mai multe bucăți cari, fiecare în parte, își pot săpa câte un canal în interiorul corpului. — Deformarea se poate produce și înainte de pătrunderea proectilului în corp, atunci când proectilul lovește prin ricoșare. — *Matwejeff* (1929) a studiat îndeosebi deformațiunea caracteristică a proectilului descărcat cu arma a cărei țeavă a fost scurtată: întotdeauna glontele se deformează lateral, atunci când retezarea țevei s'a făcut mai mult sau mai puțin oblic.

La proectilul cu manșon, acesta din urmă poate rămâne fixat la un nivel al canalului, iar glontele propriu-zis să meargă mai departe. — Insfârșit, în urma uneia și aceleiaș descărcări, se poate găsi în corpul victimei și glonte și bură: această curiozitate se notează în întrebuințarea armelor sistem vechiu cu două țevi, diferit încărcate.

Examenul proectilului are de obiect:

a) **Calibrul și greutatea.**

b) **Identificarea urmelor helicoidale lăsate pe proectil, în trecerea acestuia prin țeava ghintuită.** Numărul acestor amprente corespunde numărului de ghinturi.

c) **Particularitățile glontelui după fabricațiune și arma la care se adap-**

tează. Aşa. *Balthazard* a avut să se rostească într'un caz puțin comun: s'a tras asupra unui individ în chiar momentul in care se sinucidea tot cu o armă de foc; dintre cele două proectile găsite în cadavru, acela care cauzase moartea a fost cel pătruns în inimă. Trebuia demonstrat, dacă acest din urmă proectil fusese ori nu descărcat din revolverul sinucigaşului, pentrucă revolverul agresorului era de acelaş sistem şi de acelaş calibru. Detaliul acesta capital a putut fi stabilit grație particularității dispoziției diferite a canelurilor depe cele două gloanțe: romboidale pe proectilele rămase în magazia armei sinucigaşului, canelurile acestea erau dreptunghiulare pe glontele descărcat de agresor.

d) **Identificarea zgârieturilor dungate făcute pe proectil de defectele ghinturilor din țeava armei.** — Se descarcă un glonte din arma incriminată, iar fotografia mărită a ambelor proectile permite examenul comparativ. (*Balthazard*: „Identification de projectiles d'armes à feu" 1912 şi 1922).

e) **Examenul comparativ al compoziției murdăriei, ce se formează în interiorul țevii după descărcarea armei şi al compoziției murdăriei din gulerașul orificiului de intrare.** Identitatea lor identifică şi arma (*Piédelièvre-Simonin*, 1929).

f) **Metoda metalografică pentru identificarea gloanțelor de plumb:** examenul microscopic al structurii plumbului, cu ajutorul aparatului Le Chatelier, pe secțiunea în prealabil netezită şi atacată cu acidul clorhidric diluat. Metodă care nu dă greş decât numai atunci când e vorba de identificat două fragmente de plumb ale aceluiaş glonte. Din contră, interpretarea poate deveni imposibilă, atunci când fragmentele sunt dela proectile diferite pentrucă nu toate gloanțele din acelaş pachet au aceeaş structură (*Simonin*, 1929).

g) **Amprentele lăsate, pe gloanțele de plumb neîmbrăcate, de urzeala stofei prin care trec.** — Urmele acestea se compară cu acele depe un glonte de plumb de acelaş calibru, descărcat din arma incriminată în țesutul găurit de proectilul care a lovit victima. Aceste amprente persistă chiar atunci când proectilul pătrunde mai adânc în corp; ele nu se mai pot identifica, total sau parțial, în cazul când, în penetrațiunea lui, glontele s'a izbit de un os şi s'a turtit sau numai s'a deformat în parte. — Grație acestui semn, *Balthazard*, căruia îi revine paternitatea procedeului, a putut, într'o expertiză, să indice şi hainele pe cari le purtase mortul în momentul când a căzut răpus de glontele ucigaş.

B. **Proectilul nu se găseşte.** — Mijloacele de identificare a armei sunt:

a) *Examenul duliei.* — Urmele lăsate pe dulie de percutorul, ejectorul, butoiaşul şi port-percutorul dau indicațiuni prețioase asupra armei. Prin comparația acestor urme depe fotografia mărită cu amprentele notate pe dulia unui proectil descărcat din arma incriminată, putem identifica arma.

b) *Pata de parafină.* — Spre a se evita oxidarea glontelui, fabricantul moaie în parafină capătul cartuşului. In momentul descărcării armei, parafina, care s'a topit, se aşează pe partea posterioară a proectilului şi-l urmează prin țesuturi (*Balthazard* a găsit o mică pată de parafină lângă un glonte care străbătuse toracele şi se fixase în muşchii gutierei vertebrale).

c) *Examenul burei* ne-a ajutat, într'un caz recent, să identificăm arma ucigaşă:

In Noembrie 1929, în București, pe cheiul Dâmboviței (în dreptul „Salvării") un vânător, spre a scurta agonia îngrozitoare a unui cal lovit mortal de un vagon de tramvaiu, descarcă, în capul animalului, o carabină încărcată cu un proectil de omorît porci-mistreți. Glontele, cu bura lipită de fundul lui, țâșnind prin orificiul de ieșire, a lovit o piatră; prin ricoșare a trecut peste Dâmbovița și, pe cheiul opus, în dreptul prefecturii județului Ilfov, a lovit în cap pe un tânăr muncitor de 25 ani, care se întâmplase să treacă pe acolo în acel moment. Proectilul, după ce a străbătut creerul victimei, omorând-o pe loc, s'a pierdut.

In capul omului n'am mai găsit decât bura, *cu ajutorul căreia am putut determina felul și calibrul armei.*

6. Diagnosticul diferențial etiologic

E întemeiat pe deducțiunile trase din: sediul rănilor, numărul acestora, depărtarea și direcțiunea tirului, existența și dispoziția tatuajului, petele și leziunile dela mână, examenul orificiului de intrare și al orificiului de ieșire, examenul hainelor.

Nu ne vom ocupa decât de sinucidere (adevărată sau simulată), pentrucă împușcătura accidentală e și ea un delict sau o crimă prin imprudență.

I. **Sediul de predilecție** al rănilor e capul (*tâmpla* dreaptă sau cea stângă după cum sinucigașul e dreptaciu ori stângaciu: *fruntea; gura*), regiunea precordială. Excepțional se pot nota și alte zone: la *cap* — sub bărbie, ochiu, pe nas, sau chiar la ceafă (*Maschka*) ori occiput (*Hofmann*); în *abdomen*.

II. **Numărul rănilor.** — Două răni făcute cu două arme (de acelaș calibru sau calibru diferit) ținute în câte o mână.

Două sau chiar mai multe răni făcute cu aceeaș armă, chiar când prima descărcare s'a făcut în cap, sinucigașul putându-și uneori păstra cunoștința într'un interval de o durată variabilă. Avem numeroase observații proprii mai vechi și mai recente. Din literatura streină spicuim: 3 focuri în cap — *Brouardel*; 5 focuri dintre cari unul în frunte, unul la obrazul drept și 3 în regiunea precordială — *Hofmann*.

III. **Prepararea armei.** — a) In privința aceasta e edificatoare observația făcută de noi cu mulți ani în urmă. Sinucigașul, spre a fi sigur că nu va da greș, și-a construit un dispozitiv foarte ingenios: o cușcă de lemn pe gura căreia și-a introdus capul, iar în peretele opus al cuștii a fixat arma cu țeava îndreptată în interior; apăsând pe trăgaciu, revolverul s'a descărcat. (Piesa e păstrată în Muzeul Institutului Medico-Legal din București). — b) Un alt exemplu tipic — care poate servi și ca pildă de mistificare — e cel relatat de *Gross* („Handbuch fuer den Untersuchungsrichter"): sinucigașul a legat pistolul cu o

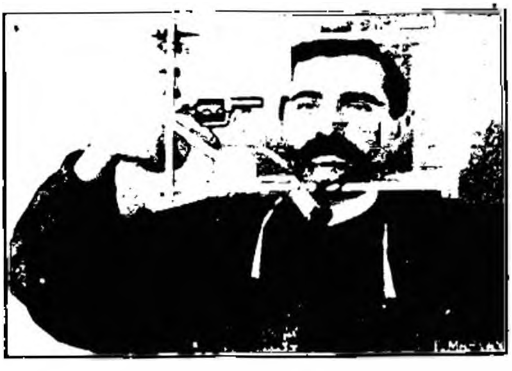


Fig. 95. — Prepararea armei (vezi explicația dela „Diagnosticul diferențial etiologic" al rănirii cu arma de foc, dela no. III.)

sfoară, iar de celalt capăt al acesteia a prins o piatră grea: a așezat sfoara pe parapetul unui pod; iar după ce a descărcat arma, a lăsat-o din mână, iar greutatea dela cealaltă extremitate a atras-o în apă. — c) Un altul s'a sinucis umplându-și gura cu praf de pușcă și dându-i apoi foc (*Casper-Liman*). — d) Sinucidere cu o bucată de țeavă în care au fost introduse proectilul și pulberea.

Fig. 96. — Armă de foc improvizată dintr'o bucată de țeavă: una din extremități lipită de corp, iar pe orificiul celeilalte au fost introduse proectilul și pulberea.

IV. Orificiul de intrare și cel de ieșire. - O observație curioasă: orificiul de intrare în față, pe gât, în zona cricoidului, iar orificiul de ieșire in partea dreaptă a gâtului.

V. Direcția: în împușcarea pe gură, glontele de obiceiu se infige in coloana cervicală; poate însă pătrunde in creer, atunci când țeava e îndreptată în sus.— In genere, dispoziția tatuajului și a zonei contuzive permit să se determine direcția tirului.

VI. Petele și leziunile dela mână.—1. *Petele de negreală* (lăsate de gazele pulberei și de fum) se pot nota — mai frecvent in sinuciderile cu pistolul și cu revolverele de calibru mare — pe mâna care a ținut arma. Ele sunt îndeosebi vizibile pe police, index și medius. Petele acestea se pot vedea și la cealaltă mână, atunci când sinucigașul a ținut cu ea lipită gura țevii de corp. — In tragerea cu un revolver mic perfecționat, deobiceiu nu se găsesc pete pe mâna care a descărcat, în schimb pe cealaltă: aceasta se explică prin aceea că mâna liberă a ținut apăsată țeava pe regiunea aleasă. — De notat: *să nu se confunde petele profesionale cu acele produse de descărcarea unei arme.*

2. Odată cu petele se observă uneori și *zdreliri între police și index*, sau *chiar răni mai grave*. Acestea sunt consecutive fie contuziunii cauzate de reculul armei, fie de o mânuire stângace a acesteia.

VII. Păstrarea armei în mână se explică prin fenomenul spasmului cadaveric. Nu e însă întotdeauna un semn pozitiv, pentrucă experiențele au demonstrat că, în caz de crimă, arma mai poate fi pusă în mâna victimei, chiar după instalarea rigidității.

5. Leziunile făcute de explozii

Rănile, septice și foarte dureroase în marea majoritate a cazurilor, sunt sau banale sau specifice.

I. Banale: *arsuri* (în exploziile de substanțe gazoase, vapori aprinși), *contuziuni, smulgeri, fracturi, mutilări* (cauzate direct de substanța explodată sau de obiectele asvârlite prin deplasarea aerului).

II. Specifice. — a) *Rănile multiple* cauzate de fragmentele învelișului ghiulelei ori al bombei sau de conținutul metalic al acestora (cuie, etc.).

b) *Rănile cauzate de fragmentele fracturii osoase* (un cartuș de dinamită explodează în mână: fragmente metacarpiene și falangiene pătrund in piept, iar într'o vertebră dorsală s'a găsit o unghie dela un deget al mâinii mutilate — *Bordet).*

c) *Desfacerea muşchilor în foi în sens vertical şi în sens transversal* (Brouardel).

III. Particularităţi. — a) *Desbrăcarea victimei:* gazele degajate de explozie şi pătrunse sub îmbrăcăminte o dilată pe aceasta, o sfâşie şi ea cade depe corp care rămâne mai mult sau mai puţin gol (numeroase observaţiuni ale lui *Brouardel*).

b) *Culoarea cadavrului*: în exploziile cu bombele de dinamită, victima e presărată cu o *pulbere fină, albă* (siliciu); în exploziile cu bază de melinită, victima e pudrată în *galben*; în explozia prafului de puşcă — coloraţiunea pudrajului victimei e aceea a *funinginei.*

Fig. 97. — Rănile multiple cauzate de explozia unei granate (catastrofa dela Pulberăria Dudeşti. în 1916).

6. Plaga atonă

E un produs al turburărilor trofice sau de nutriţie: răni ale membrelor inferioare însoţite de turburări vasculo-nervoase; ulceraţiuni consecutive deschiderii flegmonilor, sfacelului degerăturii; ulcerele varicoase; escarele sacrate. Uneori plaga atonă are o origine mecanică: o plagă superficială care, după perioada de cicatrizare, tinde să se mărească prin retracţiunea centrifugală a tegumentelor; ulceraţiile ciuntirilor consecutive mutilării sau amputării chirurgicale.

Complicaţiunile plăgii atone: în unele cazuri eczematizarea se reduce la o simplă desquamare; în altele se observă o dermită acută, cu roşeaţă mare, vesiculară, scurgere abundentă şi prurit irezistibil, cu infecţiune şi degenerarea în piodermită. Turburările neuritice: întreaga gamă dela înţepenirea la ankiloză.

7. Arsurile

Rănile sunt datorite căldurii externe: *flacăre, corp solid încins; corp gras topit* (unt, untură, seu, etc.); *opărire* (apă, cafea, ceaiu, lapte, etc.); *substanţe caustice; electricitatea industrială* şi *cosmică; corpi radioactivi; căldura radiantă*, inclusiv cea solară; *gazele și vaporii combustibili; vaporii de apă la o temperatură foarte ridicată.*

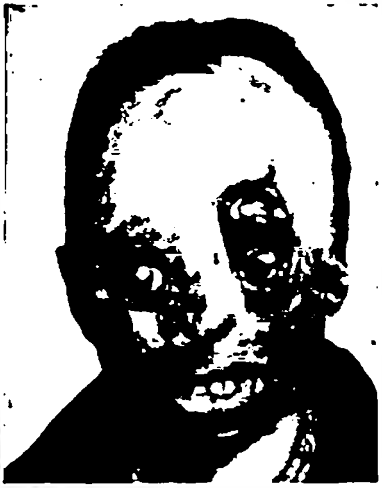


Fig. 98. — Cicatricele vicioase ale unor arsuri.

a) In ce privește temperatura la care s'a produs arsurile, e uneori greu să se precizeze numai după examenul leziunilor. Despre apă se știe că, sub 100°, nu produce decât eritem sau cel mult beșicarea; numai la o temperatură superioară la 100° produce escare.

Dar arsuri, de gravitate variabilă, se notează și la acțiunea unei temperaturi relativ mică (uneori chiar numai 60°) în anumite stări patologice ale individului, ca, de exemplu, în cazurile de pierdere a cunoștinței, de collaps (*Haberda* a notat arsuri agonice în cari moartea s'a produs în „patul de apă"). Arsurile datorite temperaturilor mici (sticle umplute cu apă caldă, termofor cu apă sau electric) sunt frecvente în cazurile de anestezie parțială a pielei (în siringomielie, tabes, în timpul narcozei și în perioada următoare acesteia).

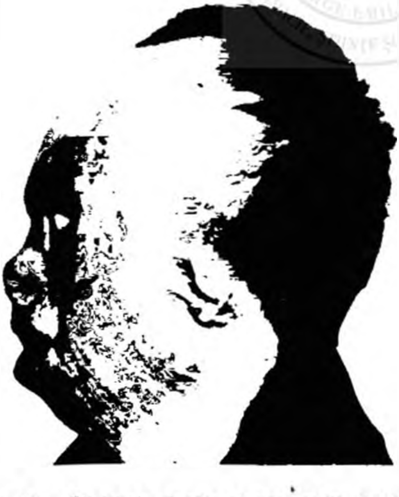


Fig. 99. — Cicatricele vicioase ale unor arsuri (victima din clișeul no. 98, văzută din profil).

b) Examenul îmbrăcămintei și al încălțămintei, după materia din care sunt confecționate, permite să se indice cu aproximație temperatura. Așa, *Brouardel*, examinând victimele găsite în bufetul Operei Comice din Paris, când cu incendiul dela acest teatru, a putut demonstra, grație plesniturilor dela mănuși și integrității pielii dela încălțăminte, că temperatura atinsese 120°, dar nu trecuse de 140°.

In genere, pe omul viu, arsurile se caracterizează prin: 1) anestezia complectă a zonei lezate; 2) roşeaţa acesteia; 3) prezenţa unor flictene; 4) umiditatea ţesutului celular; 5) prezenţa escarei care, muindu-se după o săptămână, e balotantă, iar după altă săptămână se desprinde, lăsând sub ea o suprafaţă granulată şi purulentă care, pela sfârşitul săptămânii a treia, se curăţă.

Pe cadavru: 1) eritemul unei arsuri uşoare nu se mai găseşte de obiceiu; 2) nu se regăsesc întotdeauna nici flictenele cari adesea plesnesc înainte de instalarea morţii; 3) escarele sunt albicioase bătând în cenuşiu, sau cenuşiu bătând în negru; 4) carbonizarea parţială sau totală.

I. Gradele de arsură

După gravitate a lor se deosebesc 4 tipuri de arsură, cari depind de gradul temperaturii şi de durata acţiunii lezante. Iar după întinderea şi sediul lor, avem: arsuri mai mult sau mai puţin întinse, unice sau multiple; arsuri cu sediul special (faţa, gâtul, braţele, mâinile, abdomenul, coapsele, şezutul, spatele, orificiile naturale).

a) **Arsurile de gradul I**, cauzate de o temperatură de maximum 35—50°, sunt caracterizate printr'un simplu eritem, interesând numai epiderma; o roşeaţă difuză a pielei, cu o uşoară tumefiare; durerea dispare odată cu eritemul.

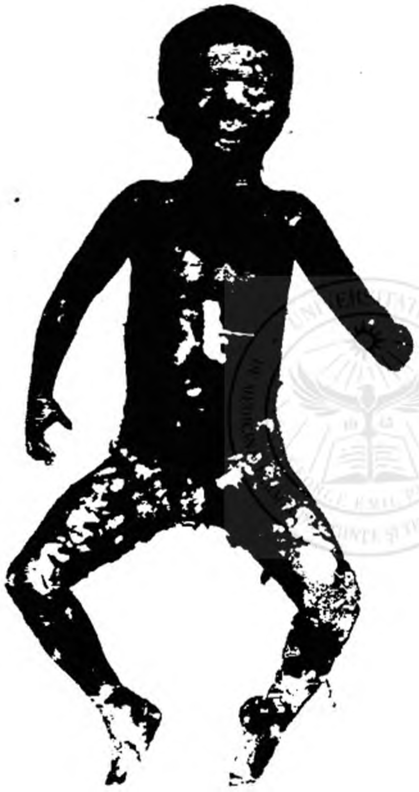


Fig. 100. — Atitudinea cadavrului unui copil cu arsuri generalizate.

b) **Arsurile de gradul II.** — Caracteristica lor diagnosticală sunt flictenele, consecutive acţiunii unei temperaturi mai mari de 50°. Beşicele apar instantaneu sau puţin după arsură. Dacă flictenele se usucă ori plesnesc, epiderma se poate desprinde, iar derma se usucă.

Arsura se vindecă fără cicatrice, numai dacă nu există un proces de supuraţie.

Prin desgolirea extremităţilor nervilor, durerea e mai mare şi mai persistentă.

Diagnosticul diferenţial. — Să nu se confunde cu o arsură de gradul II (cu flictenele persistente sau plesnite): beşicarea în pemfigusul nouilor-născuţi şi în pemfigusul sifilitic; intertrigo; erisipelul bulos; gangrena cutanată de origine nervoasă; pierderile de substanţă epitelială după pojar; punctele eczematoase cauzate de compresele cu petrol; beşicile seroase consecutive uneori unei contuziuni: flictenele putrefacţiei.

c) Arsurile de gradul III: escare interesând derma şi ţesutul subcutantat subjacent; necroza consecutivă coagulării albuminei; desfigurarea locului prin pigmentare şi cicatrizare keloidă.

Durerile sunt foarte mari şi persistente.

d) Arsurile de gradul IV: calcinarea. carbonizarea.

O particularitate de relevat e atitudinea specifică a cadavrului incomplect carbonizat: poziţia de apărare sau de atac în duel. pentru întâia oară indicată de *Devergie* şi despre care *Brouardel* spune că ea nu e datorită numai acţiunii flăcărilor ci şi efortului de autosalvare.

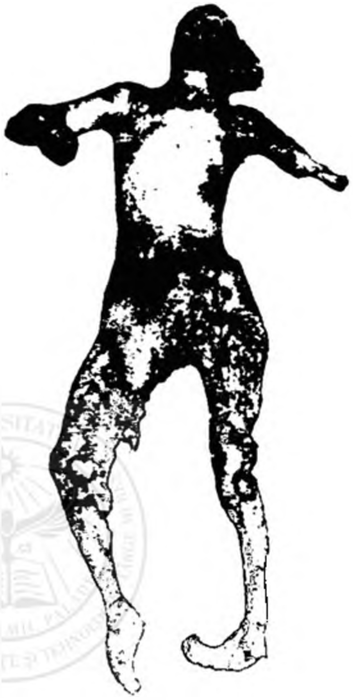


Fig. 101. — Atitudinea unui corp carbonizat.

Durata acţiunii căldurii pentru provocarea carbonizării

Durata aceasta e in funcţiune de întinderea suprafeţei lezate. de natura ţesuturilor din zona respectivă. precum şi de gradul de intensitate a căldurii.

Pe cale experimentală s'a demonstrat:

1. **Carbonizarea parţială.** — La o temperatură de 500°: a) calcinarea femurului. de adult. pe o întindere de 10 cm., in 3 minute. iar pentru ca osul să devină friabil a fost nevoie de mai mult de 20 minute; *b)* dinţii se calcinează în 3—5 minute; *c)* calcinarea părţilor moi ale feţei până la desfigurare, in 10 minute, *d)* pericraniul e mai rezistent ca oasele şi. pentru complecta lui carbonizare, a fost nevoie de aproape o oră; *e)* carbonizarea complectă a capului sau a unuia din membrele unui adult necesită 2—3 ore (*Westenhoffer*).

2. Carbonizarea totală. — Procesul ei e următorul: intâiu se calcinează pielea şi straturile superioare ale părţilor moi; organele se prăjesc centripetal inchircindu-se treptat. După ce a ars pielea, grăsimea, devenită liberă, alimentează combustiunea. Atunci când cadavrul e aşezat pe spate, se vede cum cotul, articulaţiile mânii şi ale coapselor, genunchiul, se destind, îndoindu-se în afară, astfel că flacările se inalţă dedesubtul membrelor.

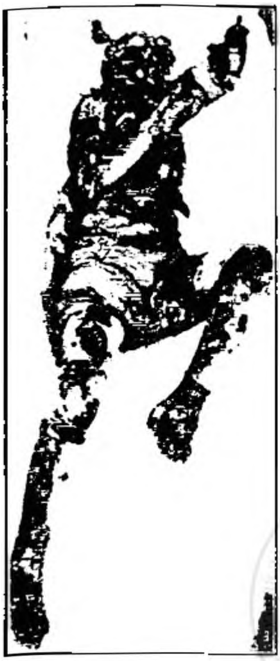


Fig. 102. — Atitudinea „de luptă" a unui corp carbonizat.

In *carbonizarea incomplectă*, părţile osoase arse ale unei zone se desprind, dând impresia unui depesaj prealabil. Organele interne pot ţâşni din cavităţile ai căror pereţi au plesnit. Creerul, dacă nu e distrus, poate să-şi păstreze urmele circumvoluţiunilor. (O observaţie a lui *Guensburg*).

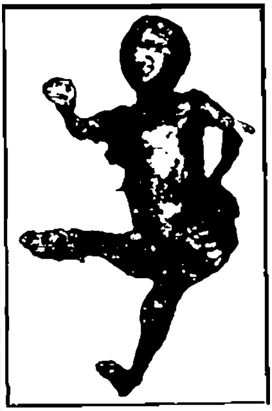


Fig. 103. — Atitudinea cadavrului carbonizat al unui copil

a) *Cadavrul unui nou-născut la termen*, pus într'un focar de 300° şi cu tragere bună, e carbonizat în 2—3 ore, după mărimea copilului.

b) *Carbonizarea unui adolescent sau adult.* — Timpul necesar depinde de talia şi corpulenţa cadavrului, de mărimea şi tragerea focului, precum şi de temperatura acestuia. Dacă focarul e relativ mic, carbonizarea durează mai mult; cadavrul intâiu se usucă şi numai după aceea se aprinde.

1. Un cadavru pus intr'un cuptor mare e complect distrus in 6 ore — *Ogier*. — 2. In câteva ore a fost complect nimicit cadavrul unei femei, pus intr'un cuptor cu o temperatură treptat urcată până la 1.250°C. — *Tage-Jensen*, 1924. — 3. Bucăţile unui cadavru ciopârţit, în greutate totală de 60 kgr., puse pe rând în focarul unei maşini de gătit, pot fi complect distruse până în 40 ore şi fără ca adesea să degajeze pe coş un miros izbitor — *Brouardel* — *L'Hote*.

II. Efectele arsurilor

a) Prognosticul depinde atât de gradul arsurii cât şi de întinderea ei. — Indeosebi se pune preţ pe extensiune, pentrucă eritemul gradului I (când interesează 2/3 din suprafaţa corpului) şi beşicarea gradului II (atunci când interesează cel puţin 1/2 din aceeaşi suprafaţă) sunt mortale; pe când carbonizarea locală mică e uneori compatibilă cu viaţa. Arsurile de gradul III sunt întotdeauna mortale, când interesează cel puţin 1,3 din suprafaţa corpului.

b) **Prognosticul e în funcţiune şi de vârsta şi de starea generală a individului.** — Aşa: 1) moartea în ziua a 3-a la un copil de 2 ani cu o arsură de gradul II numai pe dosul unui picior — *Haberda;* 2) moartea după 34 ore la un copil de 15 luni cu arsuri de gradul I interesând numai 1/5 din suprafaţa corpului — *Weidenfeld-Zumbusch;* 3) o fată de 19 ani, viguroasă, cu arsuri de gradul II, interesând întreg pieptul şi braţul stâng, moare în a treia zi; 4) o femee, cu arsuri numai pe obrazul stâng, pe partea stângă a gâtului şi pe braţul stâng, moare după câteva zile — *Haberda.*

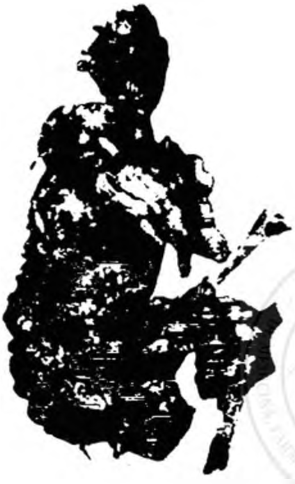


Fig. 104. — Carbonizare: trunchiul cu cap şi cu resturi ale membrelor.

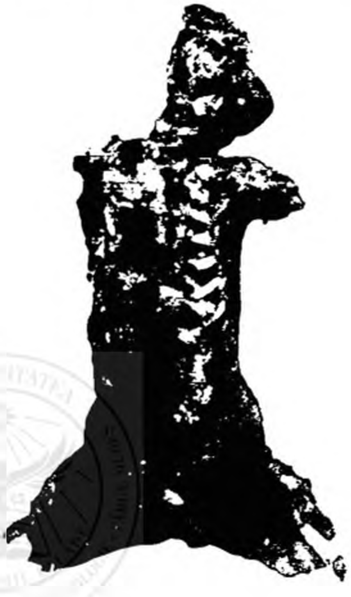


Fig. 105. — Carbonizare: trunchiul cu cap, dar fără membre.

Indeosebi, în ce priveşte copiii, e de relevat că, la copilul până la 4 ani, urmările arsurilor sunt de 3 ori atât de grave ca aceleaşi arsuri la un adult, iar la copilul de 4—12 ani de 2 ori atât de grave ca la adult.

1. *Arsurile pot fi însoţite de o repercusiune defavorabilă asupra nutriţiei zonei lezate,* în timpul creşterii copilului sau al adolescenţei.

2. *Copiii opăriţi sunt predispuşi la scarlatină.*

3. *Pe cicatricele ce rămân se pot constitui,* chiar după trecere de ani, carcinomi cutanaţi.

c) Indeosebi în ce priveşte *arsurile de gradul* III, de re-

regulă **durata medie a supravieţuirii** e de: 7 ore în arsura interesând întreaga suprafaţă a corpului; 15 ore când interesează mai mult de 1/2 din această suprafaţă; 24 ore în arsura de peste 1/3 din suprafaţa corpului: 45 ore în arsura de 1/4; 64 ore în arsura de peste 1/6: 90 ore în arsura de peste 1/7 din suprafaţa corpului.

d) Dar se notează şi **vindecări excepţionale:** unul cu arsuri pe întreaga suprafaţă a corpului (un lucrător căzut într'o căldare de ulei fierbinte de 60° — *Bogdanik);* unul cu arsuri pe întreaga suprafaţa anterioară *Küttner;* unul, cu arsuri interesând mai mult de jumătatea suprafeţei, vindecat după 9 Iuni dar cu cicatrice abdominale cari îi impuneau o modificare în atitudinea anterioară accidentului — *Maschka.*

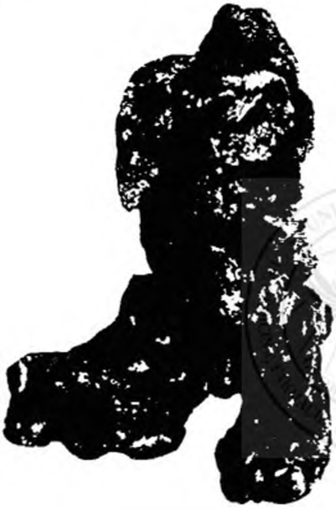


Fig. 106. — Carbonizare: trunchiul cu urme ale capului şi ale membrelor inferioare.

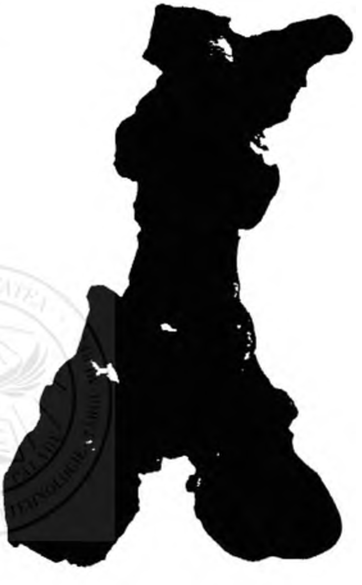


Fig 107. – Carbonizare: Trunchiul fără cap şi numai cu urme ale membrelor (incendiul dela moara Ciurel-Bucureşti, 1907)

e) **Moartea** poate fi quasi-fulgerătoare, lentă şi tardivă. E mult mai lentă în arsurile de gradul II decât în cele de gradul III. *E cauzată* de: durere, iritarea intensivă a nervilor pielei, şoc, suprimarea transpirării cutanate; afluxul serozităţii; fagocitoza, oligocitemia acută; alterarea hematiilor; degenerarea celulelor parenchimului hepatic şi renal; scăderea conţinutului de apă din corp; prezenţa în sânge şi în organe a peptoxinei lui *Brieger,* produsul unei auto-intoxicări prin moartea unei mari cantităţi de albumină (demonstraţia lui *Pfeiffer);* infarcţii hemoragici ai capsulelor suprarenale; trombozele şi embolia (trei cazuri notate de noi).

Simptomele premonitorii ale morții sunt: agitație, delir, somnolență, vărsături, febră, accelerarea pulsului, anurie (nu întotdeauna). — În arsurile cari interesează căile respiratorii și tubul digestiv, se notează fenomene de scepticemie de formă difterică.

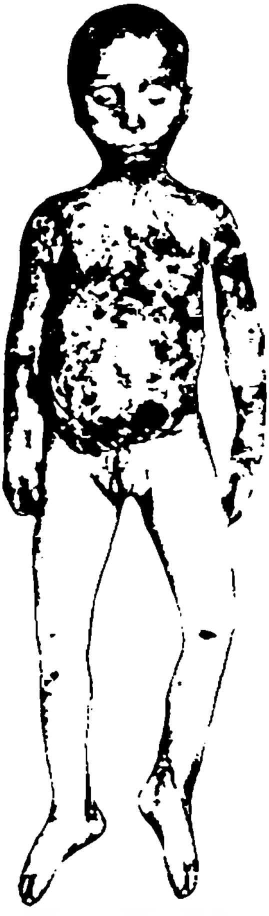


Fig. 108. — Arsuri cauzate de flacare (un copil de țigan a cărui îmbrăcăminte s'a aprins dela focul încins pentru prepararea unei mămăligi).

1. *Moartea quasi-fulgerătoare* e întotdeauna efectul unui șoc (fie datorit supra-încălzirii sângelui, fie datorit asfixiei consecutive intoxicației cu CO prin aspirarea gazelor din fum) și se produce în un interval de câteva minute până la câteva ore.

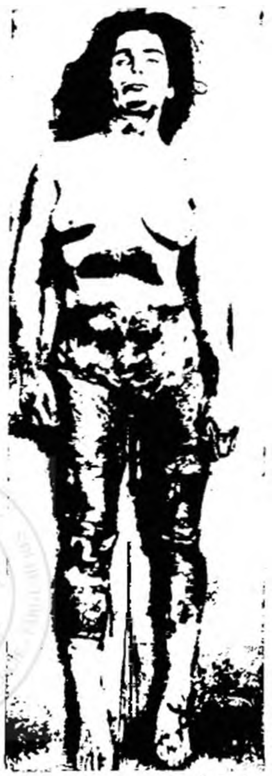


Fig. 109. — Arsuri cauzate de flăcăre.

2. *Moartea lentă* se produce în intervalul de 24 ore până la câteva zile și e precedată de dureri atroce, agitație, delir, convulsiuni, scăderea temperaturii, sete mare, limba uscată, anurie sau hematurie, diaree.

3. *Moartea tardivă* (în interval de 2 — 3 săptămâni) e cauzată de *complicațiile arsurilor*: piemie, septicemie, edem al glotei, pneumonie, embolie pulmonară, stricturi cicatricale, eclampsie, tetanos, anurie, ulcerul duodenal perforant, pentru întâia oară semnalat de *Curling*, a cărui origine pot fi echimozele formate pe mucoasa duodenală (ca și pe alte mucoase și seroase). — *Simptomele* sunt: durere faringiană, limba uscată, greață, vărsături, constipație ori diaree, slăbirea pulsului, convulsiuni, lipotimie.

III. Diagnosticul diferenţial în ce priveşte natura arsurii pe omul viu şi pe cadavru

A. **Flacăra:** pielea înegrită de fum şi funingine; uneori cu carbonizarea epidermei; pârlirea părului, înegrirea şi arsurile la unghii.

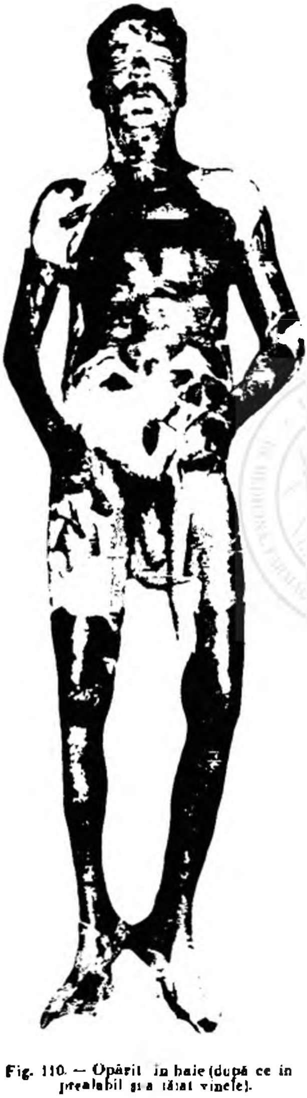


Fig. 110. — Opărit în baie (după ce în prealabil şi-a tăiat vinele).

Arsurile cauzate de flacăra gazelor şi a vaporilor combustibili: leziunile sunt mai superficiale (epiderma e numai linsă de flacăre) sau mai profunde, după durata acţiunii; când acţiunea e prelungită, flacările pot pătrunde în căile aeriene şi uneori se poate înregistra: o carbonizare caracterizată, parţială, sau totală; pârlirea părului şi a perilor.

In general, oricare ar fi natura flacărei, acţiunea acesteia e mai pronunţată pe părţile desgolite decât pe cele acoperite (îmbrăcăminte, corset, cordon, încălţăminte, jaretiere, etc.).

B. **Corpul solid încins:** arsuri locale limitate, unice sau multiple, dar în genere mai profunde decât arsurile până la gradul III; uneori se poate nota şi pârlirea părului sau a perilor, când corpul încins e aplicat pe pielea capului ori într'o regiune piloasă.

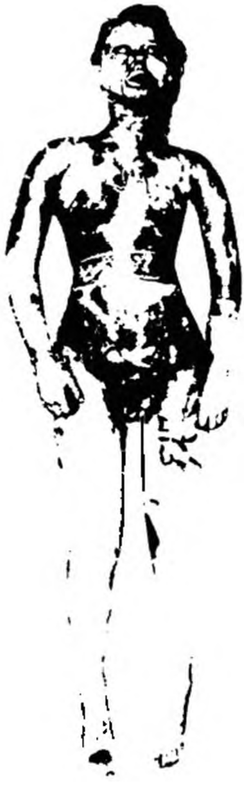


Fig. 111. — Arsuri cauzate de benzină (accident).

C. **Metale topite**: leziuni de o întindere variabilă, având deobiceiu forma arsurilor de gradul III şi IV.

D. **Lichidele** (opărirea): leziuni locale, mai mult sau mai puţin întinse, generalizate, cari n'au caracterele esenţiale ale leziunilor cauzate de flacără, mai sus enunţate. Escara e moale şi cenuşie; părul şi unghiile se pot uneori uşor desprinde; pe piele se mai văd resturi ale substanţei de opărire.

E. **Vaporii de apă la o temperatură escesivă**: arsuri mai pronunţate (flictene, căderea epidermei) pe părţile acoperite decât pe cele desgolite. Explicaţia: îmbrăcămintea are proprietatea de a conserva vreme îndelungată căldura.

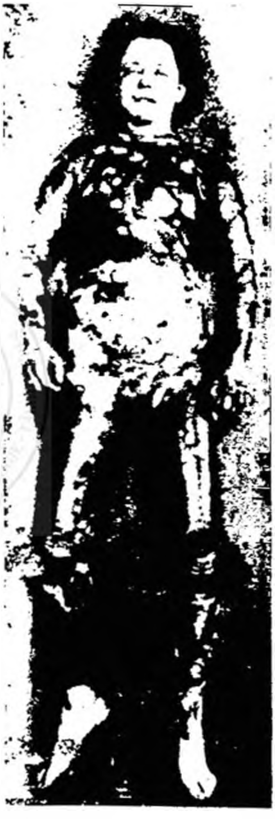


Fig. 112. — Arsuri generalizate: s'a stropit cu petrol şi apoi şi-a dat foc.

F. **Substanţele caustice**: gradul arsurii variază după natura soluţiei şi după gradul ei de concentrare. In genere, arsurile cauzate de acizi sunt mai grave decât cele pricinuite de alcaline.

1. *Soluţiile foarte diluate*: numai eritem.

2. *Soluţiile concentrate*: escare, a căror nuanţă indică şi specia lichidului:

a. Escarea uscată şi *neagră* — acidul sulfuric. Atunci când e ingerat, prin prelingere, lasă pe buze, pe bărbie, în faringe şi în esofag, escare negricioase. Turnat pe faţă, causticul acesta cauzează cicatrice deformante, pierderea ochilor; uneori supuraţii lungi cu infecţie mortală.

b. Escara uscată şi *galbenă* — acidul nitric.

c. Escara *moale, umedă, cu suprafaţa săpunoasă* — o soluţie alcalină.

IV. Leziunile anatomice notate pe cadavru

A. Examenul extern

Se notează leziunile mai sus expuse, cu următoarele particularităţi:

a. In arsurile mortale de gradul I. — In moartea *rapidă* eritemul cutanat nu se mai vede, din cauza hipostazei sanguine care începe în scurta agonie şi se accentuează după moarte. — In moartea mai lentă, urma eritemului se mai poate identifica, în deosebi în zona marginală a pielei lezate: o tumefacţie şi o roşeaţă uşoară, o sbârcire, o exfoliare gălbue a epidermei.

b. In arsurile de gr. II. — 1. *Beşici* cu aspectul flictenelor depe omul viu dar cu conţinutul turburat; beşici turtite; beşici plesnite. — *Diferenţiarea:* beşicile putrefacţiei se întind pe toată suprafaţa corpului; beşicile erisipelului bulos, cu conţinutul clar, purulent sau sanguinolent, provoacă o exfoliare locală sau un edem; beşicile de pemfigus îşi au sediul pe palmă, talpă.[1]

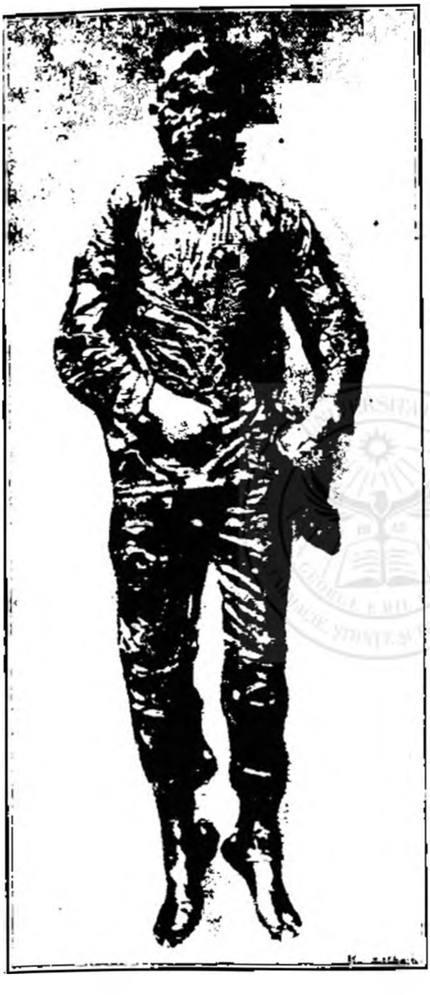


Fig. 113. — Arsuri cauzate de smoală topită (accident: a căzut in cazan).

2. *Desquamarea zdrenţuită a epidermei* care se desprinde depe mâini şi degete, cu unghii cu tot, ca o mănuşă. Derma, dacă e cruţată e umedă, palidă şi, uneori, numai marginile mai sunt rozate; dacă însă a venit în contact prelungit cu aerul, derma se pergamentează şi-şi modifică sensibil culoarea (brun, roşu închis cu puncte hemoragice).

3. *Hiperemia pielei* care, sub influenţa unei neînsemnate acţiuni mecanice, se poate beşica.

c. In arsurile de gr. III.— Escarele, albicioase bătând în cenuşiu, apar când ca fierte când ca prăjite.

d. In arsurile de gr. IV (carbonizarea). — In general ţesuturile sunt condensate, cu volumul mult micşorat (capul şi inima de adult sunt reduse la acele ale unui copil de 7—12 ani; creerul e ca acela al unui nou-născut). Gura e deschisă. Craniul, pieptul, abdomenul se pot găsi plesnite.

Indeosebi în ce priveşte *capul* avem de observat, că uneori se pot nota hemoragii abundente în cavitatea craniană, ceeace simulează efectul unui traumatism vital, mai ales atunci când, sub acţiunea căldurii, au plesnit oasele craniului. Sângele, de culoare cărămizie sau cafenie, e uneori amestecat cu grăsimea oaselor. Creerul apare ori ca pârlit ori ca fript.

1. *Pielea* e cruțată acolo unde au mai rămas resturi de îmbrăcăminte ori încălțăminte. Eventualele lacune nu trebuesc confundate cu tăituri: elementul de diferențiare ni-l oferă integritatea vaselor subjacente.

2. *Mușchii* apar ca fierți sau prăjiți. Firește, acolo unde e cruțată pielea, sunt și ei intacți.

3. Oasele. — a. *Plesniri:* plesniri longitudinale la oasele membrelor; fisuri circulare la capetele articulațiilor; plesnirea craniului cu creerul herniat.

b. Fracturile. — Devenite foarte friabile, oasele se frâng și provoacă amputări spontane. Brouardel observă că, pe femur, sediul acestor fracturi se notează la linia de sus a treimii inferioare.

c. Dinții se ramolesc, crapă și se calcinează.

B. Examenul intern

Notațiunile diferă după intervalul în care s'a produs moartea.

1. **In moartea quasi-fulgerătoare** nu se găsește de regulă nici o leziune internă. Numai rareori se pot nota echimoze sub-pleurale sau subperitoneale și, excepțional, pe mucoase. Uneori (în arsurile cauzate de flacăre) se poate da peste depozite de funingine pe mucoasele nasului, faringelui, laringelui, tracheei și bronchiilor. Sângele, oxicarbonat, e fluid, de consistența țițeiului.

2. **In moartea lentă** (după câteva ore până la câteva zile). — Se notează:

a. Coagularea (mai rară sau mai deasă) a sângelui.

b. Prezența de mici extravazate sanguine sub membranele seroase și pe mucoase, în mușchii izolați, pe suprafața posterioară a inimii, pe mesenterul intestinal.

c. Hiperemia (pete palide) se notează la meningele creerului și ale măduvei, precum și la organele interne. Edem cerebral.

d. Degenerarea grăsoasă a tunicilor vaselor, a mușchilor și a organelor parenchimatoase.

e. Necroze mici pe ficat, ca în eclampsia gravidică, se găsesc mai des la copii.

f. In carbonizare: 1. *inima* scorțoasă, adesea herniată și plină de sânge coagulat; 2. *plămânii* complect uscați, ca splenizați; 3. *ochii*, dacă n'au plesnit, au corneea opalescentă; cristalinul, ca fiert, are aparența unei cicatrice.

3. **In moartea tardivă** putem face următoarele notațiuni:

a. Degenerarea grăsoasă a organelor.

b. Procese bronșitice și pneumonice cari au ca origine hipostaza, aspirația de fum, uneori embolia.

c. Inflamație crupoasă, prin aspirație de fum, mai ales la copii.

d. Miocardită, îndeosebi la copii.

e. Infiltraţie purulentă difuză, uneori şi necroză pe trajectul tubului digestiv. Semnul acesta e caracteristic leziunilor directe ale aparatului digestiv şi ale începutului căilor respiratorii (în opărirea prin ingerare). Dar acest semn se poate nota şi *atunci când aerul încins e aspirat în timpul vieţii* (1. După ce flacările au lins faţa, braţele, pieptul, abdomenul şi picioarele, aerul încins aspirat a cauzat leziuni până şi în ramificaţiile bronchiilor — *Rayski.* — 2. In urma aspirării de aer încins, s'a notat pe mucoasa gurii, a faringelui şi a esofagului mari flocoane, glămătuci de epiteliu necrotic originar dela baza limbii, dela epiglotă, dela mucoasa faringelui şi a laringelui — *Harbitz).*

f. Hemoragii în mucoasa stomacului.

g. Mici tumori stomacale. Perforarea stomacală (pentru întâia oară observată de *Darchis).*

h. Infarctarea hemoragică, totală sau parţială a capsulelor suprarenale (pentru întâia oară relevată de *Kolisko),* care e singurul semn concludent pentru moartea primară consecutivă arsurilor. In infarctarea totală, capsulele sunt foarte umflate, rigide, colorate în roşu bătând în negru, iar vasele sunt pline cu sânge lichid.

i. Septicemia consecutivă infecţiunii rănilor.

j. Embolia grăsoasă a plămânilor.

4. **Ulceraţiuni ale tractusului intestinal şi perforaţiuni duodenale.** — Acestea se pot uneori nota, în urma unor arsuri întinse ale tegumentelor, indiferent de gradul arsurii, însă numai în moartea lentă sau tardivă, fără ca prezenţa lor să fie trădată, în viaţă, prin vreun simptom caracteristic.

In ultimii zece ani s'a autopsiat, la Institutul Medico-legal din Bucureşti, 132 cadavre cu leziuni datorite arsurilor. Numai la 33 (20%) am găsit modificări ale tractusului gastro-intestinal: în 25 cazuri, *leziuni evidente ale stomacului* (hiperemie, echimoze, puncte hemoragice, arborizaţiuni vasculare); în restul de 8 cazuri, *modificări ale peretelui intestinal* (hiperemie, mici ulceraţiuni) şi în două din aceste 8 cazuri, *ulceraţiuni mai mari, iar într'unul singur, perforaţiuni duodenale.*

a. Ulceraţiunile mai mari ale intestinului (în cele două observaţii ale noastre): 1. Bărbat de 31 ani, mort în a 10-a zi: ulceraţiunile de forma unor gămălii de ac. — 2. Bărbat de 27 ani, mort în a 6-a zi: ulceraţiile, în număr de două, aveau diametrul de 6 şi 9 mm.

b. Perforaţiunile duodenale. — Long, Curling, Erichsen, Ziemke au semnalat cei dintâi (cazuri cu moartea după 3—4 zile) ulceraţiunea duodenală, unică sau multiplă, cu sediul în prima porțiune a duodenului, la o mică depărtare de pilor. Ulcerațiunea e rotundă sau ovalară, de mărime variabilă (până la aceea a unei piese de 50 bani sau chiar de un leu). E escavată la mijloc, cu marginile tăiate *„à l'emporte pièce"*.

Observația dela Institutul Medico-Legal (*Minovici-Vasiliu*, 1929) cu două perforațiuni duodenale. — 1. Prima, mai mare (diametrii 11 și 5 mm.) e situată pe fața posterioară a primei porțiuni a duodenului, interesând și artera gastro-epiploică dreaptă; în partea anterioară perforarea e învecinată cu o zonă de necroză, aproape de aceeaș mărime ca însăș perforarea și care ajunge până la pancreas. — 2. A doua perforare, ceva mai mică (diametrii 10 și 5 mm.) își are sediul pe fața anterioară și dreaptă a aceleiași porțiuni și are aspectul precedentei. — 3. Mucoasa duodenului e injectată, bursuflată.

V. **Diferențiarea unei arsuri post-mortale de una vitală**

Diagnostic necesar din două considerațiuni: 1. spre a se stabili dacă moartea e datorită arsurii și nu unei alte leziuni contimporane cu acțiunea căldurii; 2. spre a se demonstra că arsura e posterioară unei alte leziuni care a provocat moartea (sinucidere, accident, crimă).

a. In adevăr, căderea unei grinzi, a unei cărămizi, a unei porțiuni de zid, etc., în cursul unui incendiu, cauzează răni mortale și, din pricina lor, muribundul, paralizat în mișcările lui, capătă și arsuri capabile de a cauza ele singure moartea. Diagnosticul e ușor, atunci când arsurile nu au caracterul celor mortale.

b. Urma strangulării sau a spânzurării, precum și urmele frânghiilor pe corpul legat subsistă chiar în carbonizare (incompleclă), atunci când legăturile n'au fost scoase înainte de expunerea corpului la acțiunea căldurii. Deasemenea subsistă tăiturile adânci pe părțile moi și pe oase.

c. La leziunile anterioare acțiunii căldurii se observă tendința spre rotunjire a unghiurilor și crestăturilor rănii (experiența demonstrativă a lui *Westenhoeffer*).

d. Unele otrăvuri, cum e arsenicul, se pot identifica în conținutul gastro-intestinal al cadavrului.

* * *

Caracteristicile leziunilor post-mortale, în diversele grade de arsuri:

1. *Eritemul cutanat* (în arsurile de gradul I), care e un proces inflamatoriu, deci produsul unei reacțiuni hiperemice, nu pot avea decât o origine vitală. Eritemul, care de regulă pălește ori dispare

cu totul pe cadavru, poate totuş persista în cazurile de moarte lentă şi tardivă.

Eritemul va fi o dovadă de arsură vitală şi atunci când el se poate nota în zona unor arsuri de un grad mai mare.

Se poate, însă, întâmpla să se noteze şi *o formă de eritem post-motral:* în cazul acesta el nu se produce în zona supusă căldurii, ci la o depărtare variabilă.

2. *Beşicile* (în arsurile de gradul II). – E adevărat că flictenele se pot produce şi după moarte, dar la o temperatură mai mare ca pentru cele vitale — în orice caz peste 100 grade — dar nu mai au caracteristicile băşicilor vitale:

a. Băşica e umplută cu aer sau chiar cu puţin ser, dar conţinutul nu e total seros. Serul din beşica post-mortală nu se acumulează imediat, ci în interval de câteva ore (uneori chiar cel puţin 24 ore).

b. Absenţa sau prezenţa în cantitate infimă a albuminei şi a leucocitelor, în conţinutul flictenului post-mortal. Dimpotrivă, caracteristica beşicii vitale e abundenţa leucocitelor în conţinutul ei.

c. Absenţa areolei roşiatice, separată de escara centrală printr'un lizereu alb.

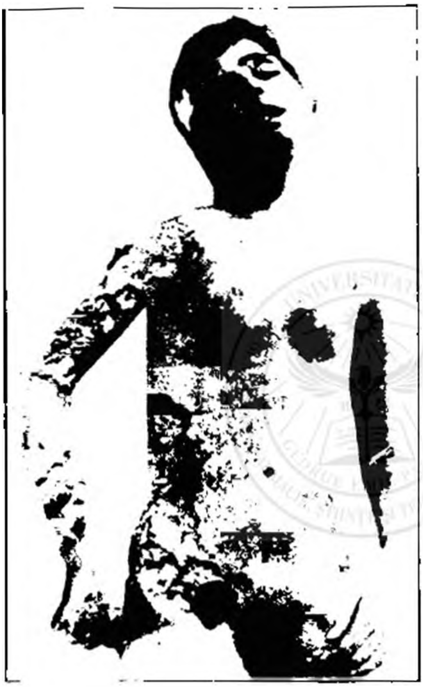


Fig. 114. — Arsuri post-mortale (cadavrul a luat foc dela o lumânare) simulând tăituri pe corp şi membre.

3. *Escara* (arsura de gradul III) *post-mortală* e caracterizată prin: absenţa areolei roşiatice periferice; absenţa punctelor hemoragice pe fondul pergamentat al leziunii; absenţa injectării reţelei vasculare cutanate (afară numai dacă leziunea post-mortală îşi are sediul în zona hipostasică .

4. *Leziunile carbonizării* nu pot fi diferenţiate. Totuş se poate uneori identifica natura diferită a rănilor făcute în timpul vieţii, deci înainte de expunerea corpului la acţiunea căldurii (*Descoust, Robert-Ogier* au putut determina răni vitale ale capului, făcute cu un corp contondent; aceeaş identificare am făcut-o noi pentru răni vitale făcute cu instrumente tăioase şi înţepătoare).

5. *Hipostaza specifică acțiunii căldurii*. Se produce o modificare a repartiției sanguine inițale depe cadavru: zonele expuse căldurii devin palide și apoi se usucă, iar zonele cu sânge acumulat devin hiperemice, umede și edemațioase.

6. *Prezența de sânge coagulat aspirat* (în leziunea interesând gâtul) e o dovadă de arsură vitală.

7. *Depozitele mai mari sau mai mici de negru de fum* pe mucoasa căilor aeriene și pe mucoasa începutului tubului digestiv sunt o dovadă de aspirație vitală.

8. *Prezența de CO* în sângele inimii sau al vaselor nelezate e iarăși o dovadă de arsură vitală (cu flacăra). Oxidul de carbon poate, însă, lipsi în moartea quasi-fulgerătoare. Prezența lui CO în vasele deschise s'ar putea nota și în sângele cadaveric, prin mecanismul infiltrării.

VI. Formele căldurii vulnerante

Caracteristica mai mult sau mai puțin pronunțată a leziunii ne ajută la determinarea naturii agentului vulnerant.

1. **Flacăra** cauzează cele patru grade de leziuni descrise la *arsuri*.

Arsura se produce de regulă de jos în sus, cruțând mai mult sau mai puțin zonele deosebit apărate (prin corset, burtieră, brâu, jaretiere, bretele, etc.).

2. **Opărirea** cu apă, cafea, ceaiu, lapte, uleiuri. Uneori se găsesc pe arsuri urmele lichidului vulnerant.

Atunci *când victima e numai stropită*, părțile acoperite de îmbrăcăminte și încălțăminte sunt mai întotdeauna cu totul sau numai întrucâtva cruțate.

Dacă însă victima a căzut sau a fost aruncată într'un recipient cu lichid fierbinte, arsura interesează tot corpul, dacă acesta e complect scufundat.

3. **Vapori fierbinți** sau **gazele încinse** (explozii) produc arsurile caracteristice descrise.

4. **Corpurile solide incandescente sau destul de încălzite spre a putea cauza o arsură** (metal, tăciune aprins).

5. **Metalele topite, sulful, rășina, ceara roșie**; etc.

6. **Căldura radiantă**: cea industrială (marile focare de căldură) și cea cosmică (insolația).

Insolația nu se produce numai la aer liber ci și în spații confinate (corturi). Nu e întotdeauna nevoie de o temperatură excesivă: s'au notat cazuri cu o căldură solară de 25° la umbră cauzând accidente, fie grație colaborării unor anumite *condițiuni atmosferice* (umezeală, furtună), fie datorită unor *condițiuni individuale* (haine prea călduroase, oboseală, debilitate, stare de beție).

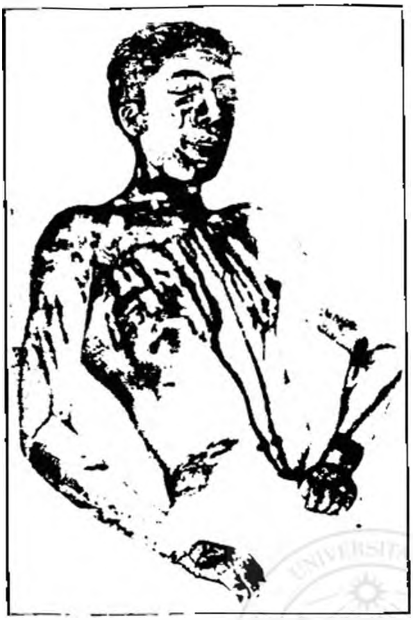


Fig. 115. — Arsuri făcute cu vitriol la faţă, piept şi braţe. Îndeosebi pe piept se văd dârele lăsate de lichidul caustic prelins.

Cazurile de insolaţie pot fi individuale sau colective (marşuri militare, paradă, adunări sub cerul liber, etc.).

7. Varul în timpul stingerii cauzează arsuri pe cari se găsesc urmele substanţei vulnerante.

8. Lichidele caustice cauzează distrugerea şi necrozarea ţesuturilor atinse. Se diferenţiază arsurile pricinuite de acizi, de soluţii alcaline şi de săruri caustice.

A. Acizii caustici sunt coagulanţi şi identificarea lor se face sau prin analiza chimică a unei porţiuni din escară sau prin examenul petelor depe haine.—Dintre acizii caustici dau mai des loc la expertiză:

a) *Acidul sulfuric (vitriol).* — Pe piele produce escare negre, uscate. Escarele de pe cornee, prin complicaţiunile infecţioase, cauzează pierderea ochiului. — Retractilitatea cicatricelor are de efect o desfigurare caracteristică; uneori se poate nota şi o strâmtare a gurii, a deschizăturii palpebrale şi obturarea nărilor. — Pe îmbrăcăminte, acidul sulfuric face pete roşii.

b) *Acidul azotic* cauzează arsuri caracteristice (vezi mai departe: substanţele toxice). Escara e galbenă. Petele depe haine sunt şi ele galbene.

c) *Acidul clorhidric:* escarele sunt gălbui.

d) *Acidul fenic* (soluţia de peste 50 la 1.000) cauzează o arsură cu escara mai întâiu roşie, apoi neagră.

B. Soluţiile alcaline (soda caustică, potasa caustică, amoniacul) cauzează escare moi, umede, cu suprafaţa săpunoasă şi colorate în roşu mai mult sau mai puţin închis. După căderea ei, escara lasă o ulceraţiune de o adâncime variabilă.

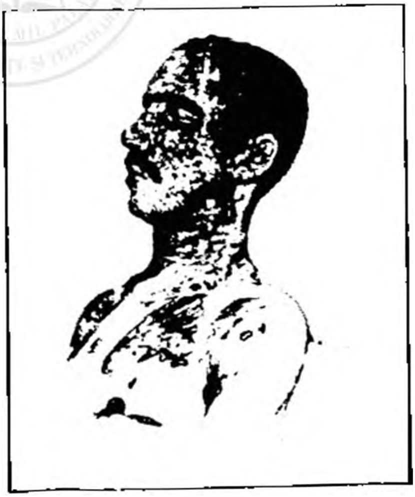


Fig. 116. — Arsuri făcute cu vitriol (Victima e frate cu fata din clişeul No. 115; amândoi au fost vitriolaţi de o soră a lor).

C. Sărurile caustice: *nitratul acid de mercur*, *clorura de zinc* lasă leziunile caracteristice descrise la studiul substanțelor toxice.

VII. Diagnosticul diferențial etiologic

1. **Crima** se demonstrează prin împrejurările de fapt. Ea se notează în toate formele arsurilor: *flacărea*, *lichidele caustice* (vitriolarea: o femee toarnă acid sulfuric în gura întredeschisă a soțului adormit; soțul toarnă acid azotic în urechea femeii adormite); *opărirea*; cu *tăciunii aprinși* sau cu *corpuri solide încinse* (cazuri frecvente în maltratarea copiilor); *insolația* (victima e imobilizată și expusă la soare); *căldura radiantă* (*Speck* relateză următorul caz: un șarlatan, oferindu-se să tămăduiască de reumatism o fată de 14 ani, a înfășurat-o într'o piele de oaie proaspătă, iar în jurul acesteia a așezat pite fierbinți, tocmai scoase din cuptor, iar peste întreg dispozitivul a pus o plapumă; după 3 ore fata a murit).

2. **Sinuciderea** e destul de frecventă. — *a*. Își dă foc hainelor stropite ori nu în prealabil cu o substanță imflamabilă. — *b*. Se aruncă într'un recipient mare plin cu un lichid fierbinte sau cu o substanță topită. — *c*. Un alienat și-a pus capul pe tăciuni aprinși și a murit după 12 ore de chinuri groaznice (*Hofmann*).

3. **Accidentul**: îi iau foc hainele; cade peste un foc aprins, peste tăciuni, un corp solid încins; incendii, explozii; stropirea accidentală cu un lichid fierbinte ori caustic sau căderea într'un recipient cu asemenea lichid; efectele căldurii radiante, insolația, accidentele tratamentului cu corpii radioactivi.

8. Leziunile cauzate de descărcările electrice

Deosebim: leziunile curentului electric și leziunile electricității atmosferice (trăsnetul).

A. Electricitatea technică

In afară de simptomele pe cari le vom enumăra mai departe, efectele trecerii unui curent electric prin corpul omenesc pot fi: *arsuri grave*; *carbonizare locală*; *tetanos*; *atrofia nervului optic*, *cecitate mono* sau *bi-oculară*; *leziuni otice* (caz de simptome labirintice tardive, la 11 zile după accidentul cu un curent de 110 volți — *Puszet*, 1929). Insfârșit *moartea*, care însă nu e totdeauna în funcțiune nici de puterea curentului, nici de gravitatea leziunii. (1. Un tânăr e fulgerat de un curent de 22.000 volți și 50 perioade; are brațul stâng și piciorul drept complect carbonizate; nu numai că supraviețuește, dar încă, după 11 săptămâni de internare, poate părăsi spitalul, cu starea generală bună — *Mc. Craken, 1929*. —

2. Un electrician e curentat de o energie de 30.000 volţi şi scapă cu viaţa, nenotându-se la el decât o trecătoare dilataţie cardiacă şi aortică — *Lasius,* 1929).

In primul loc, dacă lipsesc elemente de informaţiune anamnezică, expertul se serveşte de simptomatologie (la *omul viu),* de natura leziunilor anatomice (la examinarea *cadavrelor)* precum şi de diferenţiarea unei arsuri electrice de o arsură propriu-zisă.

In caz de moarte, se examinează cadavrul îmbrăcat pentru eventuala găsire a punctelor de intrare şi de ieşire a curentului. Se cercetează şi locul accidentului, căutându-se siguranţe arse.

In accidentul mortal victima sau pierde imediat cunoştinţa sau se prăbuşeşte fără a putea scoate un sunet, sau, însfârşit, in contracţiunea tetanică a muşchilor, rămâne cu mâna prinsă de firul conductor. Se mai poate vedea, excepţional, şi următoarea formă a morţii prin electricitate: curentatul, după o scurtă pierdere a cunoştinţei, se întremează întrucâtva, iese din zona circuitului, face chiar câţiva paşi, strigă după ajutor, pentru ca din nou să se prăbuşească şi să expire (observaţia lui *Edenhofer,* 1929).

1. **Simptomele:**

a. **Absenţa durerii:** s'au văzut persoane electrocutate dirijând ele însele, cu cel mai mare calm, operaţiunile de salvarea lor dela moarte.

b. **Prezenţa eritemului** ca în arsurile din gradul I.

c. **Urma firului atins,** care se prezintă, în deosebi pe părţile mai îngroşate ale pielei, ca o pată albă sau gălbue, sidefoasă, de formă şi mărime variabilă, mai des rotunjită, puţin in relief, adâncită la mijloc unde frecvent se notează o lacună negricioasă. — Uneori urma aceasta e atât de neînsemnată, că pe pielea murdară şi nici chiar pe cea spălată nu se poate distinge decât cu ajutorul lupei.

d. **Arsura** — care poate fi de orice grad, după intensitatea şi durata contactului, şi se vede atât la punctul de intrare cât şi la cel de ieşire a curentului — *foarte adesea nu interesează deloc îmbrăcămintea.* Numai când conţin părţi metalice, hainele şi incălţămintea sunt sfâşiate de curent.

1. *Adâncimea* arsurii electrice e variabilă, dar oasele nu constitue un obstacol: curentul poate avea ca efect amputarea unui segment sau chiar a unui membru intreg. *(Gerlach* a văzut un caz cu carbonizarea şi găurirea oaselor craniului). — Buzele rănii sunt secţionate net, iar fundul e neregulat, negricios. La arsurile superficiale apar flictene periferice după 4—5 zile; iar pielea din vecinătatea leziunii are un aspect pergamentat.

2. *Absenţa reacţiunii imflamatorii şi supurative,* arsura electrică fiind aseptică în tot cursul evoluţiei sale.

3. *Arsura superficială, care nu interesează decât pielea*, se repară repede pe cale de inmugurire şi de cicatrizare (proces care se desfăşoară după căderea escarei).

4. *Arsura profundă, care interesează muşchii, tendoanele şi oasele*, nu se repară dela sine. De multe ori ţesutul se necrozează şi e nevoie de o intervenţie chirurgicală. Numai excepţional se notează complicaţiuni infecţioase.

d. **Părul şi perii pot fi ori nu pârliţi.**

e. **Rupturi cutanate**, par'că ar fi cauzate de un instrument tăios, se notează uneori.

Fig. 112. — Arsură cauzată de electricitatea industrială (accident).

f. Deasemeni se observă excepţional o **ciuruire a pielei** (asemănătoare cu efectul unor alice).

g. **Desquamarea epidermei**, care uneori se lipeşte de rufele de corp, se poate deasemenea înregistra.

h. **Edemul, emfizemul local subcutanat, necrozele locale**, de mărime şi adâncime variabilă, sunt iarăş notaţiuni puţin frecvente. Necroza poate apare tardiv (după câteva zile ori săptămâni).

i. **In volatilizarea unor părţi metalice**, pielea se poate impregna cu oxizii metalici corespunzători.

j. **Turburările oculare**: injectarea conjunctivei, hemoragia subconjunctivală, keratita, cataracta, amaurosa, iritis, leziunile retiniene, cecitatea mono sau bi-oculară.

k. **Turburările neurotice**: atrofia musculară şi chiar impotenţa mânii ori a piciorului; manifestări paralitice.

l. **Boli nervoase**: apariţia sau agravarea epilepsiei, tabes, paralizia progresivă, şocul psichic.

m. **Convulsiuni tonice sau clonice**, mai mult sau mai puţin generalizate.

n. **Amnezia retrogradă**: readus la cunoştinţă, curentatul nu-şi aduce aminte de nimic şi se arată surprins de prezenţa arsurilor depe el, cari nu i-au produs nici o durere.

o. **Accelerarea bătăilor cardiace: contractarea inimii.**

p. **Pulsul frecvent sau încetinit.**

q. **Respiraţia dispneică.**

r. **Cianoza, roşeaţă sau paloare, edem, răcirea parţială a trupului.**

s. **Senzaţie de opresiune, de sufocare.**

t. **Vâjâituri în ureche. — Exoftalmie.**

u. **Exaltarea reflexelor tendinoase.**

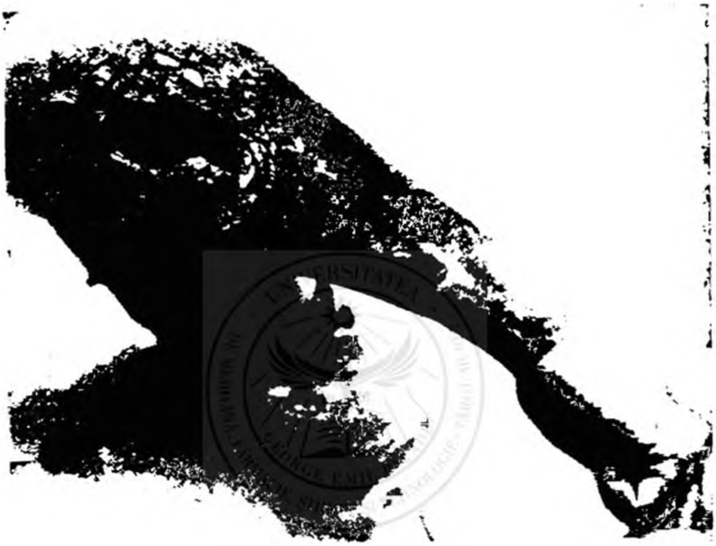


Fig. 118. — Arsură făcută de electricitatea industrială (accident).

2. Mecanismul morţii

In electrocuţie, moartea nu e rezultanta unor leziuni anatomice specifice, ci a inhibiţiei: paralizia sistemului nervos şi oprirea respiraţiei *(D'Arsonval)*, paralizia cardiacă primară *(Kratter, Rodewald, Tatum, Oliver-Bolan)*, şocul şi leziunea celulelor centrilor nervoşi *(Jellinek)*; tremulaţiuni fibrilare ale inimii *(Prevost-Batelli)*, cari însă sunt excepţionale şi atunci nu se găseşte pe cadavru nici o urmă *(Schot*, 1929). In curenţii de înaltă tensiune, între 1200 şi 5000 volţi, moartea e cauzată de suprimarea respiraţiei, în timp ce inima mai continuă să bată. In curenţii de 120—1200 volţi, moartea e consecutivă suprimării simultane a funcţiunilor inimii şi centrilor nervoşi.

Moartea e de regulă fulgerătoare (maximum în 10 minute), dar uneori poate întârzia câteva ore şi în cazul acesta mecanismul ei constă în asfixia prin tetanizarea mușchilor respiratori și atunci e precedată de convulsiuni și compresiune cerebrală. — Moartea poate fi datorită și hemoragiei intermeningee și hemoragiei intraventriculare a creerului (*Vallmer*, 1929).

Excepțional, moartea e tardivă (după câteva ore): Un electrician, de 26 ani, e străfulgerat de un curent trifazic de 12.000 volți; se prăbușește în nesimțire, dar curând recapătă cunoștința și se plânge de insensibilitate la brațul stâng și de dureri abdominale; are mâna și antebrațul arse, în parte carbonizate; în regiunea hipogastrică dreaptă, unde sunt arse și hainele, are o gaură mare, cu marginile carbonizate și în comunicație cu cavitatea abdominală. Moartea în 13 ore. La *autopsie:* perforarea multiplă a intestinului— *Simonin*, 1927.

Dar *moartea poate fi numai aparentă* și fenomenul să nu dureze decât atâta timp cât ține și contactul. De exemplu, atunci când inima nu se găsește pe parcursul curentului — a cărui acțiune se produce direct asupra centrilor nevoși, în timp ce inima continuă să bată, — respirația, temporar oprită, se restabilește de îndată ce contactul e suprimat sau curentul se'ntrerupe.

Deasemenea, în curenții de o putere escesivă, arsurile, cari se produc în punctele de contact ale electrozilor, provoacă formarea imediată de escare cari opun o mare rezistență străbaterii mai departe a curentului. Sunt observațuni edificatoare: 1. un inginer, electrocutat de un curent de 10.000 volți, deși a avut ambele picioare carbonizate, a supraviețuit; 2. în Statele-Unite s'au înregistrat numeroase cazuri de supraviețuire la condamnații la moarte electrocutați cu curenți de foarte mare voltaj.

3. Leziunile anatomice.

Numai în electrocuțiunile cu curent de mare voltaj, corpul e tetanizat, iar la nivelul electrozilor tegumentele sunt arse și degajează un miros de carne friptă.

a) In *moartea fulgerătoare*, rezultatul examenului necropsic e negativ.

b) In *moartea rapidă* (5—10 minute), la deschiderea cadavrului se notează, nu însă întotdeauna: semnele asfixiei, hemoragii meningee, pleurale, pericardice, peritoneale, întinse hemoragii cerebrale și medulare, edem cerebral, rupturi în fibrele miocardului, în parenchimul ficatului și în alveolele pulmonare, distrugerea celulelor ganglionare.

c) *Putrefacția nu modifică leziunile exterioare făcute de curentul electric;* putrefacția nu cauzează modificări susceptibile de a fi confundate cu urmele electricității pe piele.

4. Diferenţiarea unei arsuri electrice de o arsură propriu-zisă

Arsura electrică nu are, ca arsura propriu-zisă, o areolă hiperemică; în schimb, are, pornind dela marginile net secţionate, o zonă pergamentată (flictenulară în arsura superficială); e complect anestezică. nu supurează; în arsura electrică profundă ţesutul marginilor se necrozează, părul şi perii pot rămâne intacţi, fără nici o urmă de pârlire.

5. Puterea energiei vulnerante

Curentarea se produce sau prin *contactul direct* — atingerea cu mâna, faţa, umărul, cotul, spatele, şezutul, etc. a firului de transmisiune — sau prin *contactul* indirect: un obiect metalic intermediar între corpul omenesc şi fir.

Traumatismul electric nu se notează numai în atingerea bipolară, ci şi în cea unipolară; în acest din urmă caz firul e în contact cu pământul.

Electrocuţiunea se mai poate produce prin *scurtul-circuit* provocat de interpunerea unei simple insecte între fire (scurt-circuit consecutiv prezenţei aripioarelor unei muşte între fire—*Jellinek).*

Turburări nervoase cauzate de *întrebuinţarea telefonului,* atunci când firul telefonic e în contact cu un fir de curent de mare tensiune ori când trăsnetul atinge firul telefonic.

Efectele nocive fără contact direct sau indirect: un om priveşte timp de 8 minute dela o depărtare de 1.5 m. la o bucată de metal încinsă cu ajutorul unui curent electric; la ambii ochii capătă o violentă inflamaţie internă şi curând pierde complect vederea la ochiul drept *(Roy,* 1929).

Electrocuţiunea e în funcţiune de următoarele elemente:

A. **Natura curentului.** — Deşi *Jellinek* o contestă, observaţiunile concură în a confirma că un curent continuu e de patru ori mai puţin periculos decât unul alternativ; s'au notat cazuri mortale cu curenţi *alternativi* de numai 40 volţi. Şi curentul *alternativ terapeutic* poate fi fatal prin provocarea şocului ori paralizia inimii.

B. **Frecvenţa** contează pentru curentul alternativ ca element nociv numai până la o limită determinată, dincolo de care primejdia scade. Aşa, un curent de 20—70 perioade pe secundă e mai periculos decât unul de 2000 perioade.

C. **Tensiunea curentului.** — Fireşte că pe măsură ce sporeşte tensiunea creşte şi primejdia. In genere pericolul începe dela 200 volţi în sus; la 500 volţi moartea e fatală. Dar s'au notat numeroase accidente letale nu numai cu 110 sau 250 volţi — voltajul obicinuit al instalaţiilor de lumină electrică — ci şi cu 65—100 volţi.

D. **Intensitatea curentului** care străbate corpul omenesc e elementul esenţial în provocarea efectelor electrocuţiunii. Or, cum această intensitate e în funcţiune de starea de receptivitate a corpului urmează că numai anumite condiţiuni înlesnesc ori stingheresc pătrunderea energiei electrice în trup. Aşa:

1. Proprietatea de rezistenţă a *pielei umede* e mai mică decât aceea a pielei uscate; o mănuşă de cauciuc (care e rău conducător de electricitate) măreşte şi ea rezistenţa pielei dela mână. — Dar nu orice regiune a pielei opune acelaş grad de rezistenţă: pielea îngroşată, bătătorită a palmei şi a tălpii piciorului opune o rezistenţă mai mare decât pielea mai subţire depe dosul mânii, pielea feţei, a abdomenului, pielea fină a copilului sau aceea a femeii.

2. *Hainele ude, încălţămintea ţintuită* favorizează pătrunderea curentului cu intensitatea sporită.

3. *Starea generală a individului.* — Debilitatea şi anemia constituţională, cardiopatiile, afecţiunile pulmonare şi cele renale sunt un teren prielnic intensificării curentului de pătrundere. O observaţie: Un băiat de 16 ani umblând în pivniţă cu o lampă electrică, la care s'a constatat în urmă un defect de izolare, moare electrocutat. La *autopsie*: status thymico-lymphaticus — un thymus de 31 gr. *(Th. Vasiliu*, Institutul Medico-Legal Bucureşti, 1929).

4. *Contactul prin surprindere* adică nebăgarea de seamă e deasemenea o cauză de mărire a primejdiei. (Un copil de 4 ani atinge din nebăgare de seamă un fir şi e electrocutat — *Bogdan*, 1922). Dimpotrivă *somnul natural* şi *narcoza* constitue întrucâtva o stare de apărare.

Fig. 119. — Electrocuţie-sinucidere: s'a înfăşurat cu sârmă pusă în contact cu un dinamo.

5. *Natura suprafeţei pe care stă sau a mediului în care se află individul.* — Duşumeaua de lemn uscat sau de beton uscat, tălpile uscate şi neţintuite ale încălţămintei constitue un bun strat izolator faţă de curentul electric. Dimpotrivă, pardoseala sau terenul umed, încălţămintea cu talpă sau călcâiul prevăzute cu părţi metalice, mediul umed sunt un pericol constant. — *Observaţiuni: a)* O fată cade trăsnită în momentul când cu mâna atinge piciorul unei lămpi de masă, defectuoasă, iar cu cotul se reazimă de un zid de beton armat *(Jellinek*, 1923). — *b)* Un tânăr atinge o sârmă ruptă prin care trecea un curent de 110 volţi şi scoate un ţipet; un altul îi sare în ajutor, îi smulge din mână capătul firului şi cu acesta în mână cade într'o băltoacă şi moare, pe când cel dintâiu s'a ales numai cu spaima. De unde se vede că trebue să procedăm cu foarte mare precauţiune, atunci când e vorba să sărim în ajutorul unei persoane curentate. — *c)* Accident mortal întâmplat într'o cameră obscură, din cauză că atât mâna fotografului cât şi parchetul erau ude. — *d)* Stând pe un teren umed, individul a fost electrocutat la stingerea unei lămpi de 150 volţi *(Kernbach*, 1928). — *e)* O femee, care se afla în cadă, e electrocutată numai în urma tragerii cordonului unei sonerii electrice în comunicaţie cu o distribuţie de lumină prost

izolată *(Fleury)*. — *f)* Un individ, cu mâinile și picioarele ude, e electrocutat numai prin atingerea capătului liber al unui fir electric rupt *(Balthazard)*. — *g)* O femee cade trăsnită în momentul în care cu o mână deplasa o lampă electrică (izolare proastă a firului de distribuție) iar cu cealaltă închidea un robinet de apă.

E. **Durata mai mare a contactului sporește primejdia.** Tetanizarea mânii, frecvent observată la prima atingere cu conductorul electric, mărește durata contactului. *(Beöthy* — 1929 citează un caz de moarte consecutivă aplicațiunii unui bec defectuos utilizat în loc de termofor).

F. **Direcțiunea curentului în interiorul corpului.** — Eventualitatea cea mai periculoasă e atingerea inimii, ceeace se întâmplă atunci când curentul trece dela o mână la alta, dela un picior la o mână sau la cap.

Diagnosticul diferențial etiologic. — a) *Crima* e una din cele mai rare excepțiuni și e posibilă numai prin surpriză, prin frângerea rezistenței victimei ori când aceasta e incapabilă de a opune rezistență.

b) *Accidentul* e singura formă frecventă.

c) *Sinuciderea*, unică sau multiplă, e foarte rară.

d) *Pedeapsa cu moarte:* sancțiune legală în Statele-Unite ale Americii.

B. Electricitatea cosmică (trăsnetul)

Ea lasă ori nu urme, ceeace uneori face expertiza anevoioasă, mai ales atunci când lipsesc informațiile anamnezice (dacă, pe locul unde a fost găsit cadavrul, s'a deslănțuit ori nu o furtună cu descărcări electrice). Și atunci suntem în îndoială, dacă avem aface cu o moarte naturală sau cu una violentă, de natură inhibitorie. Cu atât mai mult că, întocmai ca în unele accidente mortale datorite electricității industriale, îmbrăcămintea și încălțămintea pot rămânea absolut intacte.

La determinarea morții prin trăsnet ne ajută și ancheta locală: urmele caracteristice lăsate de descărcarea electrică pe sol, pe obiectele din preajma locului accidentului, pe plantele și pe animalele ce întâmplător se găseau acolo.

Semnul de certitudine, în absența oricărei urme, ni-l oferă eventuala topire, parțială ori totală, și magnetizarea obiectelor metalice găsite pe cadavru (ceasul de buzunar, briceagul, cheile, tocul și creionul metalic, etc.).

De oarece nu întotdeauna trăsnirea e mortală, ci se notează nu numai supraviețuire, dar chiar o vindecare rapidă, vom examina pedeoparte simptomele accidentului pe omul viu, iar pe de alta eventualele leziuni anatomice pe cadavru.

1. Simptomele

a) *Arsuri cutanate*, îndeobște de gr. I și II, numai excepțional de gr. III și IV; uneori se notează și edeme circumscrise. Arsurile se prezintă ca nişte curioase desene rozate sau negricioase, lăţite sau dungate, în spirală, ramificate ca o cracă de plantă, pe o zonă mai mare sau mai mică, excepţional pe întreaga suprafaţă a tegumentelor, însoţite uneori de mici extravazate sanguine. Sub presiunea degetului, desenele acestea — *figurile trăsnetului* — pălesc şi dispar după 2—3 zile, nelăsând decât rareori ca vestigiu o pigmentare sau o vindecare prin beşicare.

b) *Escoriaţii, perforarea pielei şi răni mai mari cu buzele zdrenţuite.*

c) *Pierderea cunoştinţei urmată de amnezie.*

d) *Convulsiuni, fenomene histerice, paralizii.*

e) *Afecţiuni oculare:* nistagmus, atrofia nervului optic, neurită cu iridoplegie, iridociclită, turburări corneene, cataractă, ruptura coroidei, hemoragii retiniene; uneori cecitate.

f) *Turburări auditive, ruptura timpanului.*

2. Leziunile anatomice notate pe cadavru

a) Cu toate că există leziuni pe corp, îmbrăcămintea, precum am spus, poate fi cruţată; frecvent, însă, se notează *arsuri sau rupturi deobiceiu rotunde ale stofei, spintecări ale încălţămintei* (când conţine părţi metalice). Cu ocazia examinării cadavrului unui trăsnit n'am notat nicio leziune organică; în schimb am găsit plesnită încălţămintea cu tălpile bătute cu ţinte cu floare.

b) Figurile trăsnetului, cari pălesc numaidecât şi dispar repede: de aceea de multe ori ele nu se mai pot nota la autopsia tardivă.

c) In observaţiile recente s'a notat uneori *leziuni locale* ca: 1) sufuziuni sanguine pe faţa anterioară a gâtului (ca în strangulare sau sufocare); 2) o gaură unică deasupra urechei stângi, cu pârlirea părului, aducând cu orificiul de intrare al rănii prin armă cu foc *(Fredet)*; o smulgere circulară a anusului *(Stieda)*; ruptura vaginului *(Strassmann)*; moartea fătului în uter *(Ahlfeld)*.

3. Diagnosticul trăsnirii

(Vezi şi foaea de examen, vol. I, pag. 681). Diagnosticul acesta e întemeiat pe:

a) **Anamneza** adică reconstituirea împrejurărilor în cari s'a produs accidentul: anotimpul, cer înourat, ploaie, vijelie.

b) **Inspecţia locului;** natura solului, căutarea urmelor eventual lăsate de trăsnet (găuri, şanţuri, fulgurite, vitrificări, imaginile caracteristice, mirosul); examinarea obiectelor din preajma punctului de trăsnire *(Jellinek*—1919 a văzut, în tavanul unei biserici trăsnite, o gaură asemănătoare celeia făcută de un obuz).

c) **Atitudinea corpului:** moartea fiind consecutivă inhibiţiunei centrilor nervoşi, tetanizarea se poate produce fără nici o transitie și atunci, ca în spasmul cadaveric, corpul e găsit în atitudinea pe care o avea în momentul trăsnirii. Dar acest fenomen nu e constant.

d) **Examenul hainelor și al încălțămintei:**

1. Dacă mai sunt ude sau au urme de ploaie.

2. Dacă prezintă arsuri, rupturi, găuri — se pot nota rupturi, fără arsuri, smulgerea hainelor și a încălțămintei (*Stieda* descrie un caz de trăsnire în care zdrențele îmbrăcămintei au fost găsite risipite pe o rază de 30 pași).

e) **Examenul obiectelor metalice aflate asupra persoanei trăsnite:** topirea totală sau parțială, magnetizarea acestor obiecte.

f) **Examenul extern al corpului.** — 1. Numai excepțional se poate nota rapiditatea caracteristică a instalării procesului de putrefacție.—2. Pârlirea părului și a perilor—3. Figurile cutanate (nu însă constante) și arsurile superficiale sau mai adânci (putând interesa și mușchii, oasele și viscerele) de mărime și de colorațiune variabilă (albăstrui, negricioase, violacee, uneori cu un cerc negru împrejur), cu marginile cenușii bătând în alb. Arsurile pot avea și forma unei găuriri a corpului, întocmai ca urma lăsată de pătrunderea unui proectil. — 4. Prezența unor echimoze, dar inconstant.

g) **Examenul intern.** — In afară de semnele banale ale asfixiei, uneori cu puncte hemoragice epicardiace și subendocardice, nu se găsește nici o leziune caracteristică. Numai excepțional se pot nota leziuni anatomice mai însemnate: revărsări sanguine, fracturi osoase, rupturi ale plămânului, ficatului, creerului — mai mult consecutive izbirii corpului în cădere.

h) **In caz de supraviețuire**, în afară de leziunile cutanate, se pot nota, pe lângă *amnezie* (care e aproape de regulă), *turburări nervoase*. (Un bărbat de 25 ani. După trăsnire a rămas fără cunoștință timp de 3 ore. La trezire: paraplegie. Consecințe durabile: clonus patelar și achilean; anemia spastică a ambelor picioare — *Preissner*, 1928).

9. Leziunile cauzate de corpii radioactivi

Corpii radioactivi, razele X cauzează dermitele și celelalte leziuni caracteristice. In tratamentul cu razele X există pericol de pătrunderea curentului în corp, atunci când tuburile roentgeniene și corpul stau paralel. — In caz de accident se recomandă respirația artificială prelungită până la trei ore.

Recent, leziunile au fost amplu studiate de *De Laet* (1928) ale cărui concluziuni sunt: 1. razele X și radiumul, independent de leziunile externe, determină alterațiuni ale sângelui, turburări de nutriție, sterilitate; 2. aceste alterațiuni, precoce și debutând dela primele contacte cu radiaţiunile, sunt tenace; 3) desordinile sunt cu atât mai uşoare cu cât mijloacele de protecţiune (ecranele, intermitenţa radiaţiunii, aerisirea localului, etc.) sunt mai eficace; cert însă e că, oricare ar fi precauţiunile luate, nici un manipulator de corpi radioactivi nu e cu desăvârşire cruţat de turburările hematopoetice.

a. Sediul leziunilor.—Regiunile cele mai expuse, atât la persoanele tratate cât şi la radiologi, sunt: ochii, mânile, glandele genitale, glandele hematopoietice.

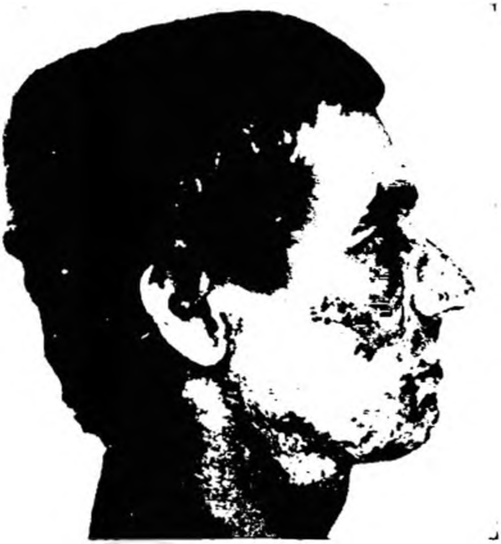


Fig. 120. — Radiodermita feţei (obrazul drept)

b. Semnele ce se pot nota şi cari, ca intensitate variază dela individ la individ, sunt:

1. *Manifestaţiunile hematologice* (cele mai precoce): *a)* leucopenia, eritropenia, malformaţiuni globulare, mai rar leucemia. E de observat însă că leucopenia se înregistrează şi la lucrătorii cari manipulează săruri de uranium, în industria materiilor colorante.

2. *Scăderea tensiunii arteriale.*

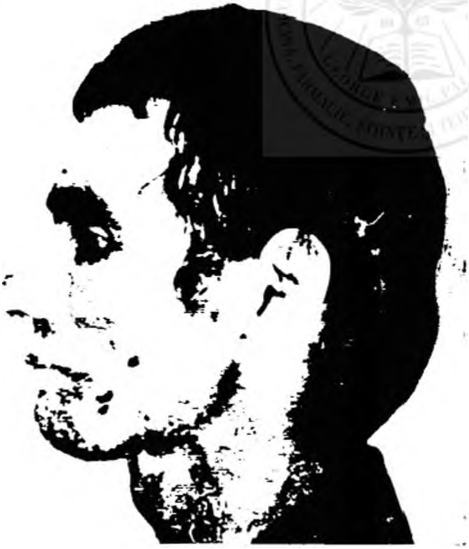


Fig. 121. — Radiodermita feţei (obrazul stâng al persoanei din clişeul no. 120).

3. *Sterilizarea glandelor genitale*: *a)* testiculele considerabil atrofiate la radiologii Tiraboschi şi Nordenhoff,

morţi de anemie acută; *b)* azoospermie la un chimist care, timp de 5 ani, a manipulat cantităţi însemnate de radium. — La femei se observă în unele cazuri turburări ale regularităţii funcţiunii catameniale.

4. *Atrofia foliculilor splinei şi a ganglionilor limfatici.*

5. *Turburările de nutriţie:* scăderea greutăţii corpului la persoanele un timp îndelungat expuse radiaţiunilor şi cari prezintă alteraţiuni sanguine.

6. *Simptome subiective:* oboseală persistentă, iritabilitate, reflectibilitate exagerată, cefalalgie, vertij, anorexie, dispepsie atonică şi constipaţie, palpitaţii.

c. In ce priveşte **leziunile externe**, ele se manifestă prin dermatoze: eritem, flictene, escare, pigmentaţiune, epilare. După trecerea de 24—48 ore dela acţiunea razelor X sau a corpului radioactiv, apare eritemul, uniform sau constituit din pete răzleţe cari, lăţindu-se, se apropie ulterior între ele. După 8—10 zile, pielea, acum violacee, e presărată cu bule voluminoase sau flictene. Conţinutul acestora se goleşte, epiderma cade şi în loc rămâne o ulceraţie cu cicatrizarea anevoioasă. Uneori leziunile se adâncesc formând o escară negricioasă, uscată, retractilă, iar cicatrizarea poate dura luni şi chiar ani de zile.

După căderea escarei, cicatrizarea se face dela periferie spre centru. Ajunge însă o iritaţiune cât de mică, pentruca noui escare, mai profunde decât cele iniţiale, să se producă la nivelul mugurilor cărnoşi depe fundul ulceraţiei.

Aspectul cicatricei: la nivelul acesteia pielea e mai întâiu albă, îngroşată dar suplă; cu timpul ţesutul conjunctiv neoformat se retractează, dând naştere la deformaţiuni pronunţate cari stingheresc sau paralizează cu totul jocul articulaţiunilor vecine.

Eritemul poate, excepţional, să se manifeste tardiv (*Fournier* semnalează apariţia unei radio-dermite la 10 luni dela încetarea tratamentului).

10. Leziunile căldurii radiante şi ale insolaţiei propriu-zise

Efectele se manifestă de regulă, atunci când temperatura externă provoacă o urcare de cel puţin 4—5 grade a temperaturii interne şi când temperatura cutanată depăşeşte 52°. Excepţiuni de imunitate se notează la indivizii treptat deprinşi cu căldurile mari: lucrătorii din turnătorii şi din industriile metalurgice, fochiştii depe locomotive, fochiştii vapoarelor cari stau la o căldură de 50—60 grade, locuitorii din ţările călduroase, fără a mai vorbi de cele tropicale. *Haberda* a demonstrat experimental, că omul poate să se deprindă să stea în încăperi supraîncălzite până la o temperatură de 55—80° C.

Frecvent mortale, prin provocarea paraliziei muşchilor respiratori și cardiaci, efectele căldurii radiante cruță nu mai puțin des viața individului expus la o temperatură excesivă.

1. Simptomele la omul viu

a) **Subiective:** toropeală, cefalalgie, sete, o violentă și dureroasă constricțiune epigastrică.

b) **Obiective:** incontinență urinară, temperatura urcată a pielei, lipotimie, sincopă, asfixie trecătoare, psichoze (delirul piretic, obsesiunea sinuciderii); fenomene nervoase (paraplegie, ataxie acută).

2. Leziunile anatomice notate pe cadavru

A. **Examenul extern:** *a)* precocitatea rigidității cadaverice (după o oră membrele nu mai pot fi îndoite); *b)* prezența inconstantă de pete livide neregulate, îndeosebi pe brațe, piept și spate; *c)* răcirea lentă a corpului, mai ales în cavități (la două ore după moarte, *Wood* a notat 42°.2 în cavitatea toracică și 43°,6 în cea abdominală); *d)* scurgerea abundentă a unei spume sanguinolente pe gură și pe nas.

B. **Notațiunile interne:** *a)* hiperemia, congestia și chiar hemoragia *meningee;* revărsarea sanguină *epidurală;* puncte hemoragice pe suprafața externă a *creerului*, dealungul vaselor din șanțurile circomvoluțiunilor;

b) hemoragie în *regiunea cervicală* a marelui simpatic;

c) edem cu spumă *tracheo-bronchică*, echimoze *subpleurale;* uneori congestia *plămânilor* e atât de generalizată și de violentă că *Hestreg* a putut să-i compare cu două pungi de sânge, cu două chiaguri imense; exudație seroasă sau sanguinolentă în *cavitatea pleurală;*

d) rigiditatea *inimii; ventriculul drept* plin cu sânge lichid și negru, *ventriculul stâng* gol, contractat și de o duritate lemnoasă; echimoze sub-pericardice și sub-endocardice;

e) întreg *sistemul venos* plin cu sânge;

f) *ficatul* îngroșat, hiperemiat;

g) *splina* umflată, cu degenerarea granuloasă;

h) *rinichii* hiperemiați și degenerați.

II. Efectele frigului

In prealabil trebuie să observăm că există o asemănare isbitoare între leziunile cauzate de frig și cele datorite căldurii. Ca și în acțiunea căldurii, înregistrăm: eritem, flictene, escare (cari, prin bureletul edematos, violaceu depe conturul lor, se deosebesc de escarele arsurii), sfacelul (în gangrena simplă și în cea umedă, inclusiv gangrena pulmonară, care. in degerare, e excepţională), meningita, tetanosul.

Părţile cele mai expuse degerării sunt nasul, urechile, degetele dela mâni şi dela picioare. ca unele ce sunt mai prost irigate.

Prima preocupare a expertului trebuie să fie: examenul îmbrăcămintei. dacă e uscată sau umedă; determinarea vârstei, a stării generale.

1. Un adult bine îmbrăcat poate suporta un frig de 40—30° C. Copilul dimpotrivă e mult mai sensibil la frig şi răceşte mai lesne la faţă şi gât; noul-născut poate sucomba şi la o temperatură scăzută superioară aceleia la care îngheaţă apa.

2. Bătrânii anemici şi neurastenici cad uşor pradă efectelor frigului.

3. Somnul favorizează degerarea; dar somnul de care e cuprins individul înainte de a degera nu e normal. ci provocat de oboseală ori de inaniţie.

4. Boala, mizeria fiziologică, psichozele măresc sensibilitatea la frig.

5. Alcoolul e cel mai periculos agent al degerării, prin acţiunea lui de dilatare a vaselor. Din totalul degeraţilor, alcoolicii dau procentul înspăimântător de peste 70%.

* * *

Frecvent mortală, degerarea e însă compatibilă nu numai cu supravieţuirea, dar chiar cu aproape desăvârşita întremare. In supravieţuirea la o acţiune intensă a frigului se observă în primul moment lividitatea pielei. explicată prin repleţiunea vaselor periferice şi anemiarea organelor interne.

A. Omul viu

Efectele frigului escesiv se manifestă prin: 1) paloarea feţei; 2) acumularea sângelui la creer, inimă şi plămâni; 3) înţepături, furnicături; 4) edeme locale datorite paraliziei vaselor pielei; 5) slăbirea bătăilor inimii, scăderea tensiunii arteriale, anxietate precordială; 6) respiraţie slabă cu sporirea acidului carbonic eliminat; 7) eritemul combinat cu beşici pline cu lichid sanguinolent; 8) gangrena umedă care poate da naştere la infecţiuni secundare (flegmonoase); gangrena uscată care provoacă necroze locale; gangrena tardivă; 9) turburări nervoase (cefalalgie, agitaţie, anxietate, hebetudine); 10) congelările regionale (nasul, urechile, extremităţile) de trei grade: eritem, flictene. scarificare.

B. Mecanismul morţii

Moartea se instalează prin letargie, consecutivă unei repleţiuni sanguine a organelor interne şi îndeosebi a creerului, inimii și plămânilor. Individul are fiori reci în tot corpul, amețeală, se prăbușește ca o masă inertă și adoarme; în timpul agoniei temperatura centrală poate să scadă până la 26°. Moare în câteva ore, cu spumă la gură (hipesecrețiunea mucoasei bronchice).

Dacă, în interval, degeratul e încălzit repede, moartea se produce de regulă prin ruptura vaselor sanguine și embolia gazoasă.

După cum degerarea interesează numai o parte a corpului sau întreg organismul, diferă și mecanismul morții:

1. **In degerarea parțială** (fața, nasul, urechile, mâna, piciorul) moartea se produce prin embolia consecutivă cheagurilor formate de frig în părțile degerate.

2. **In degerarea totală**, moartea e rezultanta îngrămădirii acidului carbonic în sânge.

Moartea în degerarea totală se produce sub două forme, după cum e și alura procesului de congelare:

a) In răcirea rapidă și progresivă a organismului, moartea — care e datorită anemiei centrilor nervoși (consecutivă slăbirii progresive a funcțiunii cardiace) și se produce fie fulgerător, fie într'un interval de câteva minute ori câteva ore — e precedată de următoarele semne: mers șovăitor, contracțiuni, convulsiuni, pareze, delir, halucinații, amnezie, turburări ale sensibilității cutanee și ale organelor simțurilor (îndeosebi turburări vizuale).

b) In *răcirea lentă și continuă*, moartea, caracterizată mai ales printr'o violentă congestie cerebrală, e precedată de semnele acesteia: încetinirea mișcărilor respiratorii, pulsul mic și încet (îndeosebi la alcoolici).

C. Leziunile anatomice

De observat că orice cadavru congelat n'are miros cadaveric, nu are abdomenul timpanizat și e la adăpostul putrefacției, atâta vreme cât ține și acțiunea intensă a frigului; de îndată ce e pus într'un mediu mai cald, corpul începe să se descompună. Putrefacția e atunci accelerată, favorizată fiind de iuțeala procesului de imbibițiune și de transsudare.

a) **Examenul extern:** 1. *Nu toate organele au acelaș grad de congelare*, ceeace se explică prin starea locală a vaso-motorilor.

2. *Rigiditatea* păstrează cadavrului atitudinea în care individul a fost surprins de moarte (santinelă înghețată în postul ce i-a fost încredințat); dar această atitudine dispare de îndată ce se produce desghețul. Mai e de observat că numai rigiditatea aceasta nu e o dovadă a degerării, *pentrucă ea s'a putut produce în moartea datorită altei cauze, deși cadavrul a fost găsit expus la frig.*

3. *Pielea* tare, fragilă; *consistența rigidă, analoagă aceleia a seului, a țesutului adipos subcutanat.*

4. *Petele* eritematoase, de un roşu inchis, roşiatice sau albăstrui, circumscrise la faţă, braţe şi coapse.

5. *Faciesul* caracteristic: paloarea mare; expresia de groază nespusă, ochii mari deschişi şi cataractaţi, obrajii intraţi, fălcile strânse, nasul subţiat.

6. *Abdomenul:* petele verzui ale putrefacţiei nu apar, după desgheţ, nici in descompunerea inaintată; petele abdominale işi păstrează culoarea cărămizie, mai închisă însă decât in vremea cât a ţinut congelarea.

7. *Scrotumul şi penisul* sunt contractate.

8. *Muşchii* se lasă sfâşiaţi; *oasele* se frâng uşor.

b) **Examenul intern.** — 1. *Cavitatea craniană:* anemie cerebrală.

2. *Gâtul şi cavitatea toracică:* spumă sanguinolentă în trachee şi bronchii, echimoze pe muşchii gâtului şi pe pleură, nuclee apoplectice pe plămâni. Sângele din plămâni e de un roşu deschis.

3. *Inima* e plină cu un sânge gros, de un roşu închis şi deschizându-se puţin în contact cu aerul; în moartea rapidă e fluid, în cea lentă are cheaguri negricioase. — *Reuter* (1922) contestă valoarea diagnosticală a diferenţei de 1—2 grade între temperatura sângelui din cele două ventricule. — *Endocardul* e foarte net vascularizat.

4. *Sângele din vasele mari* e de un roşu închis caşi acela al inimii.

5. *Tubul digestiv:* inflamaţie gastro-intestinală şi, uneori, ulceraţii in colon şi la extremitatea inferioară a ileonului; vacuitatea stomacului nu e o observaţie constantă; puncte hemoragice pe mucoasa gastrică; vasele stomacului dilatate şi pline cu sânge. Numai o singură dată ne-a fost dat să facem aceste notaţiuni.

6. *Ficatul:* absenţa inconstantă a glicogenului.

D. Etiologia degerării

Accidentele sunt în funcţiune nu numai de temperatură, ci şi de felul îmbrăcămintei (groasă sau subţire, uscată sau umedă), de vârsta victimei (pruncul şi bătrânul sunt mai susceptibili), de starea generală (boala, subalimentarea, mizeria fiziologică), de surmenaj, deprimare sufletească, de somnolenţă, de ravagiile alcoolului.

In teză generală, degerarea se produce de indată ce individul a pierdut cel puţin 4 grade din temperatura anală normală a corpului, iar viaţa e serios periclitată. Moartea e certă când temperatura corpului a scăzut sub 22°.

Diagnosticul diferenţial etiologic. — După ce stabileşte dacă e vorba de moartea reală prin frig sau numai de un cadavru înghețat (moartea consecutivă altei cauze, internă sau externă, având ori nu la origine un traumatism, o otrăvire), expertul, servindu-se de elementele anamnezei şi de rezultatul autopsiei, se pronunță şi asupra probabilității din punctul de vedere etiologic.

1. **Crima** *e frecventă cu copiii, îndeosebi nouii-născuţi, ca victime* (vezi „Pruncuciderea", vol. II). Cu *adolescentul* sau *adultul* e posibilă numai când acesta se află deacum în stare de inferioritate ori e pus în imposibilitate de a rezista.

2. **Sinuciderea** *e o excepţiune;* ea nu se notează decât la alienaţi.

3. **Accidentul unic sau colectiv** e foarte frecvent: excursionişti rătăciţi în munţi, turişti victime ale unei avalanşe, degerare în căruţă, trăsură, automibil, tren atunci când călătorii sunt surprinşi de un viscol: drumeţi leşinaţi sau cu puterile istovite şi incapabili de a înainta până la un adăpost: un beţiv căzut în drum, pe câmp, etc

12. Marile catastrofe

(Arsuri, contuziuni, strivire, mutilare, amputare, decapitare).

1. **Incendiile. Năruirea unui zid, a unei schele. Surparea unui mal. Accidentul de vehicul (trăsură, automobil, tramvaiu). Accidentul de cale ferată. Naufragiul. Accidentul aerian. Inghesuiala.**

2. **Exploziile.** — Leziunile pot fi cauzate de: a) *Explozia unei bombe, a unei granate* (praful de puşcă, dinamita, picratul de potasiu, fulminatul de mercur).

b) *Explozia gazelor:* gazul aerian; acetilenul (care, în combinaţie cu aerul, se inflamează şi are o putere explozivă mai mare decât aceea a gazului aerian); gazul grisou; gazele comprimate din recipientele maşinelor cu aburi.

c) *Vaporii hidrocarburelor lichide:* petrolul, benzina, eterul, alcoolul.

d) *Gazele mefitice* cari, în contact cu aerul, se pot inflama, explodând cu putere, în prezenţa unui chibrit sau a unei ţigări aprinse. Accidentele se înregistrează la curăţirea haznalelor neventilate ale latrinelor, la curăţirea puţurilor un timp condamnate.

e) *Explozia substanţelor pulverulente:* praful de cărbune (în mine), praful de făină (în mori şi în marile depozite). O observaţie privitoare la o catastrofă într'o fabrică de amidon: o scânteε dela motorul electric a provocat imflamarea pulberei, urmată de o explozie; 7 morţi (doi lucrători complect carbonizaţi în 8 minute) şi 40 răniţi dintre cari unii foarte grav — *Leclerq-Vallée-Muller*, 1928,

13. Leziunile consecutive efortului fizic

Ele se manifestă prin:

1. **Tracţiuni sau compresiuni interesând o parte a sistemului loco-motor,** organele splanchnice (ruptura ficatului prin contracţiunea forţată a musculaturii abdominale).

2. **Turburarea regimului circulator normal.**

3. **Compresiuni, tracţiuni şi chiar rupturi ale trunchiurilor vaselor mari şi ale inimii** (ruptura spontană auriculară a inimii la câteva ore după un mare efort fizic: la autopsie s'a notat un hemopericard, scleroza coronară şi miomalacia — *Marshall*, 1929).

4. **Plesniri, fracturi scheletice** (un caz de ruptură a celei de a 6-a vertebre cervicale, prin contracţiunea forţată a musculaturii cefei).

5. **Ectazii venoase.**

6. **Provocarea herniilor.**

7. **Rupturi intestinale** (1. Un bărbat, de 39 ani, se împiedecă de o sârmă şi, spre a evita să cadă pe faţă, face o mişcare bruscă: pe loc simte o violentă durere abdominală; se practică laparotomia şi se constată o ruptură oblică de 3 cm. în partea inferioară a jejunumului, datorită contracţiunii violente a musculaturii abdomenului — *Lunkenheim*, 1929. — 2. Un servitor, lăsând jos o ladă grea, simte o durere violentă în partea dreaptă hipogastrică. Laparotomia: o perforare mortală a intestinului — *Breuning*, 1929).

8. **Deformaţiuni ale coloanei vertebrale; spondilita artritică, artroza spondilică ankilozantă** (în efortul repetat).

9. **Gangrena pulmonară.** (O observaţie a lui *Dervieux* şi *Suen*, 1929: trombo-flebită a venei humerale stângi cu un chiag, lung de 15 cm., organizat, aderent de pereţii vasului, obstruând complect lumenul; gangrenă cu forma embolică a ambilor plămâni; moarte consecutivă gangrenei).

⁂

Forma efortului fizic: ridicarea unei greutăţi mari, împingerea unui vehicul, spargerea unei uşi, urcarea în goană a unei pante, etc., etc., trâmbiţaşii, suflătorii din fabricile de sticlă (prin sporirea transitorie a presiunii arteriale se produce anevrismul aortei, atunci când individul suferă de aortită cronică).

14. Fenomene fiziologice şi morbide fără origine traumatică propriu-zisă

I. Simptomele compresiunii şi decompresiunii atmosferice

E vorba de simptomele ce le prezintă persoanele cari lucrează în aerul comprimat: clopote de scufundat, chesoane, tuburi utilizate pentru executarea lucrărilor de fundaţiune ale picioarelor de pod, pentru săparea unui puţ, a unei galerii în terenurile infiltrate de apă; scafandri, pescuitorii de perle, de mărgean şi de bureţi; echipagiile submarinelor. Efectele se notează în momentul reapariţiei la suprafaţă, adică al decompresiunii.

Limita compresiunii fără urmări serioase e considerată a fi acea de 2—3 atmosfere (10—20 metri adâncime sub apă), ştiindu-se că pentru primii 10 metri de adâncime presiunea e de 2 atmosfere, iar pentru fiecare alţi 10 metri presiunea sporeşte cu câte o atmosferă.

E adevărat că, deprins, omul poate suporta o compresiune mare, chiar până peste 6 atmosfere (observaţiile lui *Leroy de Méricourt:* absenţa accidentelor în compresiuni de 4,4 atm., 5.8 atm., 6.4 atm.). Dar în genere, îndeosebi în ce priveşte chesoanele, la o presiune de peste 3 atmosfere, procentul accidentelor e destul de mare (la construirea podului peste Mississipi, la Saint-Louis, la o adâncime de 33 m. 78 corespunzând unei compresiuni de 4,4 atmosfere, din 352 lucrători, 30 au prezentat accidente grave, iar 12 au murit).

1. **Efectele compresunii:** paloarea pielei şi a muşchilor; dureri în urechi, voce nazală, imposibilitatea de a fluera (dela 3 atmosfere în sus), micşorarea numărului mişcărilor respiratorii cu mărirea amplitudinii lor, încetinirea pulsului, mărirea tensiunii arteriale, poliurie.

Uneori se pot nota şi grave leziuni somatice, după cum se poate vedea din următoarea observaţie:

Un subofiţer, însărcinat cu revizuirea unui submarin, deschide din greşeală ventilul unui rezervoriu cu aer comprimat: un curent de aer, cu o presiune de vreo 30 kgr. ţâşneşte şi, atingând mâna subofiţerului, provoacă o plesnire a tegumentului cu leziuni osoase şi o fractură deschisă a antebraţului — *Coureaud*, 1929.

2. **Efectele decompresiunii** sunt în funcţiune pe deoparte de repeziciunea acesteia, iar pe de alta de adâncimea dela care revine accidentatul şi de durata şederii lui în aerul comprimat.

a) *Decompresiunea, după o şedere în aer comprimat de 2—3 atmosfere,* se notează, timp de maximum 10—12 zile: înţepături tegumentare, tumefacţii dureroase interesând muşchii, artralgii.

b) *In decompresiunea, după o şedere în aer comprimat de peste 3 atmosfere,* în afară de fenomenele de mai sus, se notează şi paraplegie cu turburări sfincteriene.

II. Efectele surmenajului

1. Surmenajul fizic

Acesta nu trebuie confundat cu o oboseală trecătoare, care rămâne compatibilă cu oarecare activitate şi, după o scurtă odihnă, dispare fără a lăsa urme apreciabile. Surmenajul caracterizat, dimpotrivă, suprimă putinţa oricărei activităţi şi poate cauza leziuni serioase.

După vârstă, surmenajul fizic se exteriorizează prin următoarele semne:

A. **La un copil de 6—13 ani.** — a) *Simptomele surmenajului acut:* 1) apariţia febrei, cu somnul agitat de coşmaruri; 2) insomnia; 3) anorexia cu scârba de mâncare; 4) diareea; 5) bronşita şi frisoanele.

b) *Simptomele surmenajului cronic:* 1) stingherirea creşterii; 2) anemia pronunţată; 3) tristeţea şi nervozitatea; 4) scăderea poftei de mâncare şi slăbirea treptată.

B. **Adolescentul de 13—19 ani.** — Se notează: 1. în primul loc, simptomele surmenajului acut sau cronic al copilului de 6—13 ani; 2. turburări cardiace; 3. turburări articulare; 4. trezirea şi deslănţuirea unei tuberculoze latente.

C. **Adultul:** 1. turburări cardiace şi circulatorii; 2. turburări pulmonare. (Un tânăr de 22 ani ridică o greutate de 50 kgr. Pe dată simte un junghiu la umărul drept şi în partea dreaptă a pieptului — şi cade grămadă. După 6 zile e întremat şi iese din casă; după alte 7 zile se produce subit un colaps şi moare. La *autopsie:* ruptura subclaviei şi o hemoragie în cavitatea pleurală — *Koch Walter*, 1928).

2. **Surmenajul intelectual**

A. **La un copil:** 1. sensibilitate escesivă, incapabilă de a suporta decepţiile; 2) nevrosism bolnăvicios care poate duce la catastrofe.

B. **La adolescent şi la adult.** — Deosebim:

a) *Simptomele surmenajului acut.* — 1. In *moartea rapidă:* istovit, surmenatul se prăbuşeşte, cu faţa palidă, sudori reci, respiraţie slabă şi din ce în ce mai anevoioasă, pulsul filiform; membrele înţepenite; moartea e sau nu precedată de convulsiuni. — 2. In *moartea lentă* sau în *supravieţuire*, la simptomele arătate, se pot adăuga: confuzie mentală, amnezie, delir, halucinaţii, inima forţată, procesul ateromatos al arterelor.

b) *Simptomele surmenajului cronic:* 1) toropeală cu dureri musculare şi amorţirea membrelor; 2) anorexia mai mult sau mai puţin pronunţată; 3) răsuflarea caldă şi fetidă; 4) cefalee; 5) lene intelectuală; 6) insomnie cu agitaţie nocturnă; 7) puls rapid, mic şi neregulat; 8) o uşoară urcare a temperaturii; 9) manifestaţiuni reumatismale la membre; 10) miosita, uneori supurativă; 11) tifosul uremic al lui Peter; 12) dilatarea inimii; 13) hemoragie (în caz de ruptură a aortei); 14) anemie cerebrală; 15) neurastenie, nebunie; 16) lâncezirea tuturor funcţiunilor; 17) moartea).

3. **Notaţiunile pe cadavru:**

1. Rigiditate şi putrefacţie rapide, cu miros acru; 2) congestiuni locale cu sufuziuni sanguine ale mucoaselor şi echimoze în diverse regiuni; 3) sânge negru; 4) ficat ramolit; 5) muşchi palizi şi friabili.

III. Efectele inaniţiei

Mortale sau nu, efectele inaniţiei (consecutive suprimării totale a hranei, subalimentării — ambele forme prelungite) sunt în funcţie de vârsta, temperamentul individului, de alimentarea anterioară a acestuia, precum şi de starea lui mintală. In caz de îngropare de viu (năruirea unei case, a unei galerii într'o mină, surparea unui mal, etc.) durata vieţii e în raport cu permeabilitatea mediului: supravieţuirea e mai lungă în cenuşe, sub zăpadă decât în nisip şi mai ales în pământ.

A. **Copilul**

Rezistă mai puţin decât adultul; el moare de îndată ce a pierdut 2 zecimi din greutatea corpului. Unele observaţiuni controlate arată că un nou-născut, fie că i se suprimă laptele, fie că are un viciu de conformaţiune congenital al tubului digestiv, suportă foamea timp de 3—5 zile, uneori până la 7—12 zile. (1. Moartea după 7 zile într'un caz de obstrucţie congenitală a esofagului — *R. Mayer;* 2. moartea după 2½, 3½ şi 12 zile, în ocluziunea congenitală a duodenului — *Hofmann, Hemped, Theremin).*

B. **Adultul**

Moartea se produce de îndată ce a pierdut 0,4 din greutatea iniţială în suprimarea totală a hranei şi 0,5 din aceeaş greutate în subalimentarea progresivă. (Experienţele demonstrative făcute de *Aschoff:* 20% din pierderea totală revine muşchilor; grăsimea pierde până la 90% din cantitatea ei iniţială). Glandele sexuale pierd întâiu elementele generatoare, iar în total 50% din greutatea lor *(Stefko,* 1925).

Dacă se suprimă numai alimentele solide, conservându-se însă cele lichide, individul poate rezista mai mult. Aşa, *Tanner, Succi, Merlati* şi alţii au putut suporta foamea timp de aproape 50 zile, cu menţinerea alimentaţiei lichide (apa). Dar trebuie să se aibă în vedere şi condiţiunile higienice în cari s'au aflat precum şi moralul lor (experienţe sau exibiţii conştiente, voluntare).

Bătrânii suportă mai uşor foamea, pentrucă la ei procesul nutriţiunii se face mai lent (observaţia pentru întâia oară făcută de Hippocrat). Alienaţii rezistă şi mai mult: în medie 40 de zile: Guilaume Grave a murit după 63 zile de post voluntar *(Falret).*

Aschoff fixează media de rezistenţă a adultului, fără vătămarea gravă a sănătăţii, la 7—14 zile (o fată găsită în viaţă după 11 zile dela scoaterea ei de sub dărămăturile unei case; iar un copil de 4 luni, care se afla în braţele fetei, a murit în ziua a 4-a dela salvare — *Cause)*. — Sunt şi excepţii de rezistenţă de peste 14 zile: în catastrofa din 1892 dela mina din Bilin *(Bohemia)*, mai mulţi lucrători au rezistat foamei până în ziua a 17-a, când au fost salvaţi.

C. Simptomele în timpul vieţii:

1. *Sensaţia de foame*, care treptat se atenuează ca, în a 9-a zi, să dispară cu totul. — 2. *Uscăciunea în gât*. — 3. *Mai întâiu îngroşarea apoi subţierea salivei*. — 4. *Răcirea extremităţilor*. — 5. *Tumefiarea gingiilor*. — 6. *Acoperirea limbii cu un strat gros şi albicios*. — 7. *Pielea uscată, gălbue*. — 8. *Răsuflarea caldă şi fetidă*. — 9. *Respiraţia, din ce în ce mai slabă, devine sacadată în preajma morţii*. — 10. *Slăbirea treptată a pulsului*, până la 38 pulsaţii (când se produce moartea). — 11. *Scăderea treptată a greutăţii*, care se accentuează în ultimele două zile ale vieţii, când muşchii sunt ca topiţi, articulaţiile par mai voluminoase, faţa palidă, lividă, ochii înfundaţi în orbite, nasul lungit şi subţiat, buzele palide şi subţiate, bărbia ascuţită, urechile albe şi ca trase înapoi. — 12. *Dureri epigastrice*, însoţite ori nu de *vărsături*. — 13. *Extravazate sanguine în conjunctivă şi în piele; hemoragii intestinale*. — 14. *Defecaţia*, copioasă în prima zi, pe măsura dispariţiei stratului de grăsime devine tot mai neînsemnată; consistente şi verzui până în penultima zi a vieţii, fecele, în cele din urmă, se lichefiază. — 15. *Mai întâiu oligurie* (cu urina modificată din cauza auto-intoxicaţiei) *şi apoi anurie* (dacă e suprimată şi alimentarea lichidă). — 16. *Moralul* scăzut din primele zile; *somnolenţă* şi *delir* în ultimele zile.

D. **Notaţiunile la autopsie**

In prealabil trebuie să observăm că, în absenţa elementelor anamnezice, e de multe ori anevoios de a se demonstra felul inaniţiei: acută sau progresivă; îndeosebi, în ce priveşte copiii, nu e lesne de stabilit dacă semnele inaniţiei sunt consecutive suprimării totale ori parţiale a hranei sau numai atrepsiei, adică hranei improprii. Totuşi, un examen atent îngăduie în oarecare măsură diferenţiarea: subalimentare şi alimentare proastă; post complect.

I. IN SUB-ALIMENTARE ŞI IN ATREPSIE semnele esenţiale sunt: 1) bolile consecutive; 2) erupţiunile cutanate; 3) tumorile; 4) absenţa glicogenului din ficat; 5) predominarea fosfaţilor în urină (dacă se mai poate colecta); 6) abundenţa acetonului şi a acizilor acetici.

II. IN SUPRIMAREA TOTALĂ A HRANEI, avem de făcut următoarele notațiuni:

a) **Examenul extern**: 1. *Mirosul fetid.* — 2) *Putrefacția rapidă.* — 3) *Pielea* veștedă, uscată, sbârcită. — 4. *Ochii* roșii, alterațiuni ale corneei. — 5) *Anemie.* — 6) *Absența grăsimei* în *țesutul* celular subcutanat. — 7) *Atrofia musculară.* — 8) *Umoarea pâscoasă* care se scurge din *urechi.* — 9) *Uscăciunea limbii* și a *gâtlejului.* — 10) *Rarefiarea țesutului gingiilor* cu sufuziuni sanguine. — 11. *Edem al picioarelor.*

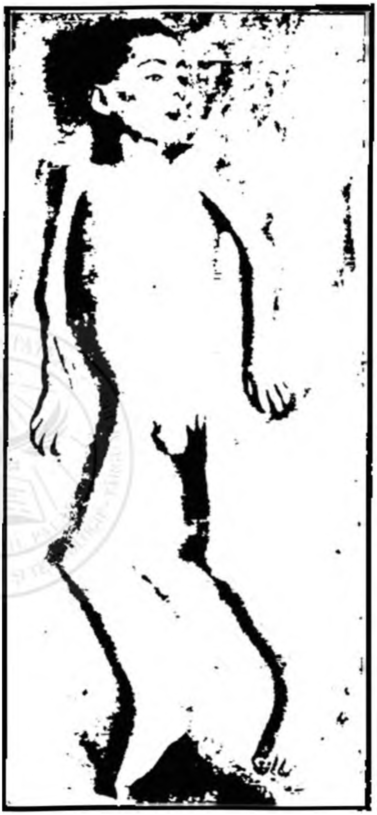


Fig. 122. — Cadavrul unui copil mort de inaniție.

b) **Examenul intern**: 1. *Dispariția grăsimii* depe organe, care nu se mai găsește decât în canalul medular al oaselor, — 2. *Anemia pronunțată a creerului* (la copii, în afară de steatosa interstițială, se notează și congestiunea meningee și cerebrală.) — 3. *Plămânii* n'au de regulă nici o leziune, uneori, însă se notează gangrena. —4. *Dispariția thymusului* la copiii mai mici de un an. — 5. *Inima*, redusă, la adult, până la volumul aceleia a unui copil; umiditatea *epicardului*, atrofia brună a *miocardului.* — 6. *Ficatul* și *splina*, micșorați la jumătate din volum și hipermiați; *vesicula biliară* plină cu bilă neagră. — 7. *Rinichii* hiperemiați; substanța corticală degenerată. — 8. *Stomacul* e mult contractat, fără ulcerație sau semne de ramolire; absența sucului gastric; prezența de urme de mucus colorat bilios; uneori (în vreme de foamete) se găsește coajă de copaci, frunze, rădăcini, țărână, etc.; pe mucoasa stomacului se notează echimoze mici cât lintea, dedesubtul cărora mucoasa e consumată, — semn care, după *Kratter*, e caracteristic morții prin inaniție. — 9. *Intestinele*: pereții subțiați, transparenți; în intestinul gros se mai pot găsi aderențe de fecale îngroșate și quasi-uscate. — 10. *Sângele:* cantitatea e redusă la 3—4 zecimi din cea normală; împuținarea exagerată a hematiilor,

E. Diagnosticul etiologic

Inaniţia are ca origine: foametea, mizeria, greva foamei; subalimentarea voită sau totala suprimare a hranei; individul e surprins într'un accident: surparea unui mal, năruirea unui zid, catastrofă într'o mină, etc.; naufragiu, accident de cale ferată la o mare depărtare de orice centru de reaprovizionare; excursionişti rătăciţi; îngroparea de viu, etc.

In caz de îngropare de viu, durata vieţii e în raport cu permeabilitatea mediului: supravieţuirea mai lungă în cenuşe, sub zăpadă; mai scurtă în nisip, pământ.

IV. Efectele şocului emotiv

E vorba de sdruncinări ale echilibrului nervos, de turburările psichice, de modificările vaso-motrice, de desordinile funcţionale, de fenomenele ca icterul, hemoptizia, apoplexia, avortul, de insăş moartea cari se instalează în urma unui *traumatism psichic* (emoţie puternică: spaimă, nelinişte mare subit provocată, efectul unei ameninţări, bucurie sau supărare mare pe neaşteptate pricinuită; durere subită extremă, excitarea, iritarea). Fenomenele notate pot fi efectul unui *traumatism psichic* pur, sau al unui *atare traumatism precedat sau asociat cu unul fizic*, fie de o violenţă mai mare (atentatul la pudoare, de exemplu), fie de natură anodină, de o violenţă minimă, aproape inexistentă (stropirea neaşteptată cu apă rece, cu un lichid caustic, căderea pe neaşteptate dar fără primejdie dela o înălţime relativ mică, simpla alunecare în casă, în stradă, pe scări).

In genere, psicho-nevrozele sunt pasagere şi vindecabile; excepţional, însă, ele pot avea un sfârşit letal (un delir acut letal consecutiv spaimei — *Bisswanger)*. Cât despre şocul inhibitoriu el e de regulă ucigător.

După natura lor, manifestaţiunile mai mult sau mai puţin frecvent notate sunt:

1. **Hemoragia cerebrală.** — *Spaimă:* turburări psichogene pasagere, urmate de hemoragie cerebrală, cu accesele jacksoniene *(Oesterlen*, 1928).

2. **Afazia temporară** *(Stropirea cu apă rece:* afazie persistentă timp de câteva zile — *Hofmann; cădere subită în apă:* afazie de 8 zile — *Maschka).*

3. **Astma acută sau cronică** *(Emoţie puternică:* criză de astmă care devine cronică şi ţine de 18 ani — *René Bernard-Joltran*, 1926).

4. **Histeria al cărei tablou apare după un oarecare interval** *(Supărare mare, iritare:* stupoare, obnubilare, delir cu violente simptome de histerie — *Krafft-Ebing).*

5. **Agitaţia, insomnia** (*Spaima cauzată de o agresiune simulată:* tremur, sincopă, agitaţie timp de 3 ore; insomnie şi tremur, cari mai persistă câteva zile — *Maschka).*

6. **Nevroza cardiacă**, de regulă trecătoare şi numai excepţional de o durată mai mare, cauzată de *spaimă, iritare, excitare.*

7. **Disfagia nervoasă** consecutivă *spaimei*.

8. **Urticaria** (caz de urticariu gigantică, apărută în urma unei emoţii puternice — *René Bernard-Joltran*, 1926).

9. **Sindromul lui Parkinson** (Bărbat de 71 ani. *Emoţie* pricinuită de un accident de tren: depresiune, greutate în umblet, tremur parkinsonian al braţului drept — *Descloux*, 1926).

10. **Paralizia** cu moartea într'un atac apoplectic (Bărbat de 44 ani. *Iritare, supărare mare:* imediat se pronunţă semnele paraliziei cari se accentuează progresiv, iar după 2 luni şi jumătate, moartea apoplectică — *C. I. Urechia* şi *S. Mihăescu*, 1929).

11. **Manifestările epileptoide** (mai multe observaţii ale lui *Leidesdorf*, în cari rolul agentului provocător l-a jucat *spaima*).

12. **Paralizia agitantă, paraplegia,** consecutive *spaimei* pricinuite de marile catastrofe de detunături puternice.

13. **Hemoptizia** consecutivă spaimei (*Kohts, Haberda*).

14. **Icterul** deasemenea observat în cazuri de *spaimă* (*Kohts*).

15. **Anestezia**, inclusiv aceea pasageră a retinei, datorită *spaimei*.

16. **Starea hipnotică** având ca origine *spaima*.

17. **Avortul** consecutiv spaimei (*Kohts*).

18. **Oprirea contracţiunilor uterine** în timpul facerii, efect al unei mari *spaime* (copilul a rămas cu capul în vulvă timp de 24 ore — *Kohts*).

19. **Oprirea sau precipitarea hemoragiei menstruale** în cazuri de spaimă sau de emoţie puternică.

20. **Moartea subită** dese ori pricinuită de o emoţie puternică, de iritare împinsă la paroxism, de nelinişte având ca origine surpriza (1. Spaima pricinuită de o glumă cu apariţia subită a unei stafii — *Taylor*. — 2. Mort instantaneu în momentul când e surprins de un gardist că defeca în stradă — *Hofmann*. — 3. Moartea subită a unei femei la apropierea *ameninţătoare* a unui beţiv).

V. Comunicarea bolilor contagioase

Sau e vorba de un medic, dentist, moaşă, agent sanitar, sau speţa se prezintă sub forma unei transmisiuni pe cale de coabitare. In acest din urmă caz, se pune întrebarea: cum se va face dovada că persoana urmărită *ştia* că e atinsă de o afecţiune transmisibilă? Prin mărturia medicului curant? Dar la aceasta se opune respectul pentru secretul profesional.

VI. **Avortul provocat.** (Vezi capitolul „Avortul" vol. II)

—

CAP. IV

ASFIXIILE MECANICE

A. Definiţia

Asfixia — incomplectă ori complectă — e consecinţa nemijlocită a stingheririi ori a suprimării totale, lentă ori rapidă, a funcţiunii respiratorii, a cărei menire esenţială e ca, pe calea hematosei, să reînoiască în sânge principiul vital indispensabil care e oxigenul şi să înlesnească eliminarea acidului carbonic. Cu alte cuvinte, asfixia e un fenomen morbid ori mortal datorit insuficienţei sau suprimării totale a hematosei.

Turburarea sau paralizia mişcărilor respiratorii e, după împrejurare, consecutivă acţiunii unei energii exogene sau unei stări patologice a organismului.

După imprejurare, asfixia poate avea drept cauză generatoare:

1. **Insuficienţa sau absenţa ventilaţiei pulmonare consecutivă unuia din următoarele fapte.**

a) *ocluziunea orificiilor căilor respiratorii* (gura, nările); b) *obstruarea lumenului căilor respiratorii prin introducerea sau prezenţa de corpi streini* (corpi exogeni; corpi endogeni: ascarizi, materii alimentare, pătrunderea unui lichid: crupul, tumoarea laringiană, edemul laringelui spasm al glotei); c) *compresiunea căilor respiratorii* (tumoare, abces al mediastinului; anevrismul aortei, stenose cicatriciale, abcesele retro şi latero-faringiene, spasmul muşchilor respiratori în convulsiunile tonice; constricţiunea exterioară a gâtului); d) *comprimarea toracelui.*

2. **Atmosfera viciată prin sărăcia în oxigen a aerului respirat**, consecutivă: a) *saturării* atmosferei cu gaz inert (azot, hidrogen carbure de hidrogen, acid carbonic, gaze mefitice); b) *micşorării presiunii atmosferice.*

3. **Stasa pulmonară** a cărei origine poate fi edemul acut al plămânului, atelectazia pulmonară, pleurezia, pneumotoraxul, asistolia; suprimarea respiraţiei în urma şocului nervos sau a traumatismului inhibitoriu; turburarea inervării, consecutivă unei otrăviri care cauzează fie paralizia ori tetanizarea muşchilor respiraţiei, fie paralizia centrului respirator.

4. **Alterarea compoziţiei sângelui**, *fie de pe urma micşorării hemoglobinei* (anemia pronunţată, abundenţa hemoragiilor, intoxicarea cu substanţe hemolizante), *fie consecutivă modificării hemoglobinei* (acţiunea oxidului de carbon, acţiunea toxicelor methemoglobinisante). — Această alterare poate avea ca punct de plecare: căldura şi frigul exterior, o stare patologică instalată în urma unei schimbări mai mult sau mai puţin bruşce a temperaturii şi în urma depresiunii barometrice.

Procesul împiedicării oxigenului de a se fixa pe hemoglobină la nivelul plămânilor (înegrirea sângelui) putând avea ca punct de plecare o acţiune internă sau una externă, urmează că *asfixia* *mecanică e aceea în care anoxhemia și retenţiunea acidului carbonic, relative sau absolute, sunt provocate în chip brutal, prin acţiunea unei energii exogene.*

Definiţia aceasta indică expertului că, atunci când nu există semne revelatoare, înainte de a-și formula concluziile e necesar să se asigure dacă asfixia, deși după aparenţe de natură mecanică, nu e în realitate una spontan consecutivă unei stări patologice acute ori cronice.

B. Mecanismul asfixiei

Cauza de căpitenie fiind anoxhemia și acumularea acidului carbonic în sânge, cari se produc și se desvoltă simultan și paralel, urmează că mecanismul asfixiei trebuie căutat exclusiv în stingherirea sau paralizia hematosei.

Acidul carbonic **disproporţionat** *reţinut* — pentrucă în doza slabă prezenţa lui e necesară excitaţiunii bulbare care regulează funcţiunile vitale — prin toxicitatea lui mărește gradul de excitaţie bulbară, dând naștere la convulsiuni clonice sau la accese de opisthotonus (în faza culminantă a asfixiei). In unele cazuri, convulsiunea poate lipsi.

Anoxhemia turbură funcţiunea centrilor nervoși și îndeosebi sistemul de inervare a inimii: diminuarea presiunii arteriale, accelerarea bătăilor inimii, sporirea pulsului, dispariţia funcţiunilor motrice și a sensibilităţii. Paralizia pneumogastricului are de urmare leziunile congestive ale plămânului, rupturile vasculare subpleurale și sub-pericardice (formarea petelor lui Tardieu) pneumonia (foarte frecventă). Activitatea inimii nu se stinge odată cu respiraţia, ci subsistă un timp relativ lung (vezi și „Viaţa fără respiraţie" la noul-născut).

I. Perioadele

In procesul asfixiei se deosebesc două perioade distincte: aceea de excitaţiune și aceea de depresiune

1. **Perioada de excitaţie** e caracterizată prin aceea că sângele negru începe să impregneze diversele organe, îndeosebi centrii nervoși. — Distingem două faze:

a) *Accelerarea bătăilor inimii și încetinirea mișcărilor respiratorii, cu pierderea cunoștinţei.* Durata acestei faze e de o minută.

b) *O și mai pronunţată accelerare a bătăilor inimii (uneori însoţită de convulsiuni) cu abolirea reflexelor.* Durata fazei a doua e și ea de o minută.

2. **Perioada de depresiune:** sângele negru, impropriu nutriţiunii ţesuturilor, anihilează toate funcţiunile și suprimă acţiunea centrilor nervoși Și în această perioadă deosebim două faze.

a) *Superficialitatea mișcărilor respiratorii.*

b) *O nouă accelerare a bătăilor inimii; moartea*

⁂

In ce priveşte turburările funcţionale, ele interesează, în ordinea cronologică: inteligenţa, instinctul, acţiunile reflexe, mişcările respiratorii, mişcările cardiace.

E de observat că modul de asfixie modifică mersul procesului. In perturbarea bruscă a hematosei (strangulare), fenomenele excitaţiunii nervoase sunt intense. Dimpotrivă, în asfixia lentă (respiraţia în aer confinat) fenomenele reacţionale de origine centrală sunt mai puţin pronunţate: în asfixia foarte lentă se notează, în nutriţiunea organismului, turburările cari au ca origine depresiunile organice: răcirea, suprimarea glicogenului din ficat, etc.

Insfârşit, vom mai nota că, în strangulare şi spânzurare, moartea nu se produce întotdeauna exclusiv prin ocluzia, comprimarea căilor respiratorii; comprimarea vaselor gâtului şi excitaţia traumatică a ramificaţiilor periferice ale pneumogastricului şi îndeosebi a nervului laringian superior joacă un rol însemnat în oprirea subită a respiraţiei.

II. Momentul şi durata asfixiei

Experienţele lui *Brouardel* şi *Descout:* asfixia propriu-zisă se produce în clipa imediat premergătoare morţii. După *Hofmann*, în faza convulsivă; după *Corin*, în momentul în care creşterea presiunii în interiorul arterei pulmonare coincide cu oprirea respiraţiei şi imobilizarea toracelui.

De o *durată* precisă pentru asfixia mecanică nu poate fi vorba, pentrucă instalarea morţii (de regulă o minută după încetarea bătăilor inimii) diferă pedeoparte după modul de asfixie, iar pe de alta după alura acesteia (rapidă sau lentă). Durata oscilează între 3 şi 8 minute, iar inima continuă să bată încă 8—9 minute. Experimental e stabilit că, în înecare, strangulare şi spânzurare, durata procesului asfixic nu trece de 2—3 minute; fireşte, sunt şi excepţii (1. Un spânzurat care la 10 minute dela constatarea morţii — în realitate era numai o moarte aparentă — s'a trezit la prima înfigere a bisturiului autopsierului — *Clarke*. — 2. Un înecat a fost readus la viaţă, după ce a stat sub apă mai mult decât timpul suficient pentru producerea asfixiei — *Pope*).

Explicaţia pentru cazurile de spânzurare: o tumoare ganglionară, consistenţa anormală a laringelui stingheresc presiunea juvăţului asupra vaselor gâtului.

Explicaţia pentru cazurile de înnec: în timpul submersiunii victima a mai reapărut la suprafaţă şi astfel a mai putut face câteva inspiraţiuni.

C. Simptomele asfixiei mecanice

Se notează:

1. **O turburare a encefalului,** analoagă aceleia în ameţeala cauzată de beţie: vertij, vâjâit în urechi, vărsături (inconstant).

2. **Modificarea ritmului respirator:** a) *dispneea inspiratorie* (inspiraţii rapide şi profunde); b) *dispneea expiratorie* (eforturi expiratorii cari curând degenerează în convulsiuni expiratorii însoţite de convulsiuni generalizate: dejecţiuni involuntare, dilatarea pupilară, exoftalmie, dispariţia reflexului corneean, uneori spasmul cefei, contractarea uterină cu avortul în caz de sarcină).

3. **Oprirea respiraţiei timp de câteva clipe:** reinstalarea respiraţiei cu mişcările terminale.

4. **Accelerarea apoi încetinirea şi în cele din urmă încetarea**

bătăilor inimii, dar după ce respirația e deacum suprimată. Ventriculele se opresc în diastolă înaintea auriculelor.

* * *

Fenomenele acestea prezintă modificări de intensitate după individ, după forma și rapiditatea asfixiei.

Așa, în *obstrucțiunea subită a căilor aeriene*, individul e mai întâiu calm vreme ca de o minută, apoi respirația se oprește și inima își încetinează bătăile; urmează o perioadă de excitație intensă, cu violenta contractare a mușchilor respiratori. — In *asfixia consecutivă șederii în aerul confinat*, mișcările respiratorii continuă a fi regulate, spre a se paraliza treptat. Pe când *în strangulare*, de exemplu, semnele de zbucium sunt mai pronunțate, mai tumultoase: în *asfixia consecutivă aerului confinat*, dimpotrivă, convulsiunile sunt slabe sau lipsesc chiar cu totul.

D. **Readucerea la viață**

Succesul depinde de eficacitatea sforțărilor de eliminare a excesului de acid carbonic și de reoxigenare a sângelui. Și aceasta se poate obține pe calea respirațiunii artificiale, fie că avem aface cu o asfixie simplă sau cu una complicată cu o sincopă.

In acțiunea respirației artificiale se deosebesc două forme distincte: *insuflarea aerului* și *dilatarea toracelui pentru aspirarea aerului exterior*.

I. **Insuflarea.** — 1. *Directă, dela gură la gură.* Procedeu nu prea operant: *a)* buzele medicului nu se adaptă decât incomplect de buzele victimei; *b)* aerul insuflat nu e curat, deoarece, venind din plămânul medicului, e și el saturat cu acid carbonic; *c)* aerul insuflat, intrând prin faringe, pătrunde mult mai lesne în esofag și stomac decât în căile aeriene.

2. *Insuflarea laringee* prin cateterismul orificiului laringian

3. *Insuflarea trachealǎ* e tot insuflarea laringee, dar precedată de *tracheotomia.* Procedeu periculos și la care nu trebue să se recurgă decât cu foarte mare precauțiune și cu introducerea cât mai repede cu putință a canulei tracheale. Insuflarea, care se face cu gura sau cu foale, trebue să alterneze cu presiuni pe baza pieptului.

Insuflarea trebue continuată fără întrerupere până la apariția nouilor mișcări respiratorii spontane și regulate; suspendarea timpurie poate avea ca urmare o recidivă a efectelor asfixiei.

II. **Aspirarea.** Procedeu bazat pe expulzarea unei cantități de aer din pieptul victimei și introducerea unei cantități corespunzătoare de aer respirabil.

1. *Prin manopere externe: cu ajutorul mâinilor se exercită o presiune asupra bazei pieptului și pe abdomen; prin ridicarea și lăsarea ritmică a brațelor victimei.*

2. *Adaptarea unei pompe aspirante la o sondă sau canulă, introdusă fie în gură, fie în una din nări, cealaltă fiind menținută închisă.*

III. **Tracțiunea ritmică a limbii.** Victima e așezată în poziția semi-verticală; limba e apucată între police și index și, la intervale scurte și regulate, se exercită asupra ei tracțiuni din ce în ce mai puternice.

IV. **Intrebuinţarea electricităţii:** excitarea diafragmei (un pol la rect şi celalt pe epigastru).

V. **Stimulentele şi fricţiunile.** — **Injecţiunile** subcutanate de eter; baloanele de oxigen.

E. Leziunile anatomice

Din capul locului ţinem să arătăm că leziunile anatomice, mai mult sau mai puţin caracteristice asfixiei mecanice în general, au o valoare diagnosticală, de mai mare sau mai mică greutate, numai în cazul când expertul are putinţa să facă examenul imediat după instalarea morţii.

1. Alterarea sângelui

E singurul semn capital, comun tuturor asfixiilor mecanice. Şi acest semn nu e concludent, decât dacă între moarte şi analiză n'a trecut un interval prea lung. Se examinează sângele ventricular şi aortic, sângele din artera pulmonară, din venele cave, din venele mai mari ale gâtului şi membrelor, din sinusul durei-mater.

a) Prin desoxigenare şi supra-saturare cu acid carbonic *culoarea sângelui se închide până la nuanţa negricioasă.* In examemenele tardive, însă, coloraţiunea aceasta se poate nota în orice moarte (deoarece asfixia e caracteristică oricărei fel de moarte) afară de aceea consecutivă intoxicaţiei cu oxidul de carbon, cu acidul cianhidric, cu cloratul de potasiu. — Un element de verificare: dublarea numărului de leucocite azurofile (experienţele cu animale ale lui *Nicoletti*, 1927).

b) In ce priveşte *fluiditatea lichidului sanguin din interiorul organelor*, ea are valoare numai când analiza se face imediat după moarte; dar şi atunci poate fi îndoială, deoarece sânge fluid se întâlneşte în mai toate felurile de morţi subite, în cari fluiditatea se menţine timp de ½-1 oră (*Aschoff*). Odată trecut acest interval, în unele cazuri de asfixie se găsesc chiaguri, chiar fibrinoase, în inimă şi în vasele mari, chiaguri a căror constituire e datorită leucocitozei aglutinante. Or, leucocitoza e constantă în: menstruaţie, sarcină, abcese parametrice, purulenţă, pneumonie, sarcom.

2. Examenul extern

Prezenţa unor anumite semne e însăş pecetea felului asfixiei mecanice.

a) *Răcirea înceată a corpului, aşa zisul facies specific, prezenţa balelor la gură, vârful limbii prins între maxilare, dilatarea pupilelor, exoftalmia, apariţia prematură a lividităţilor, precocitatea şi rapiditatea procesului de putrefacţiune*, nu au o valoare diagnosticală deosebită, pentrucă nu întotdeauna expertul are putinţa de a verifica toate aceste simptome

b) *Lividitățile cadaverice asfixice*, violacee, acoperă întreaga piele depe spate, depe fața posterioară a membrelor. — Atari lividități se mai văd însă nu numai în moartea subită dar și in moartea violentă neasfixică fără hemoragie sau cu o hemoragie neinsemnată, ori când individul a fost anemiat în viață.

c) *Cianoza albăstruie a feței, a marginii libere a buzelor și injectarea conjunctivelor* nu sunt constante după moarte, decât numai în strangulare și în compresiunea toracelui; în celelalte morți prin asfixia mecanică au dispărut deacum după trecerea perioadei dispneice. — Mai e de observat: pe deoparte cianosa poate fi de formațiune hipostasică la cadavrele cu poziție abdominală totală sau chiar numai laterală; pe de alta, cianosa se vede în toate stările cari dau loc la o stasă sanguină: efort violent (de exemplu, o facere laborioasă), un spasm expirator (bolile convulsive).—Masca echimotică a asfixiei in moartea subită în somn cu capul atârnând afară din pat *(Loffler,* 1923).

d) *Echimozele,* asemănătoare picheteului scarlatinos, sunt mici, rotunde (ca pișcăturile de purice) sau mai mari și neregulate. Intotdeauna se notează în mase mai mult sau mai puțin compacte. Sediul lor de predilecție: fruntea, fața, pleoapele, partea superioară a gâtului și a toracelui. — Echimozele *lipsesc* la cadavrele celor înecați în lichidele cu densitate mică.

Nu trebuesc luate drept echimose asfixice sufuziunile sanguine datorite hipostazei; precum nu trebuesc luate drept formațiuni hipostasice echimosele considerabil mărite după moarte, la spânzurați.

Echimoze asemănătoare celora de natură asfixică se notează în epilepsie, tusea convulsivă, etc.

Sufuziunile sanguine, liniare sau dungate, notate la cadavrele celor morți cu ocazia unei năruiri sau a unei surpări, nu sunt de natură asfixică: ele se datoresc fie contuziunilor, fie strivirii unor cute ale pielei.

Echimozele cutanate se observă rar intr'o asfixie combinată (spânzurare și înecare).

e) *Echimozele mucoaselor:* pe conjunctiva palpebrală și oculară, pe mucoasa nazală, mai rar pe mucoasa bucală.

f) *Erecțiunea și ejacularea spermei* se notează numai la spânzurați, dar inconstant.

3. **Examenul intern.**

Mai mult sau mai puțin caracteristice morții prin asfixia mecanică sunt:

I. **Aspectul organelor.** — a) *Creerul și meningele:* hiperemie inconstantă. La nouii-născuți morți prin sufocare, petele lui Tardieu pe pericraniu.

b) *Căile respiratorii:* numai excepțional se notează congestia mucoasei traheale și a bronchiilor. In asfixia lentă: spumă abundentă în tranchee și în bronchii (uneori și în gură și în faringe).

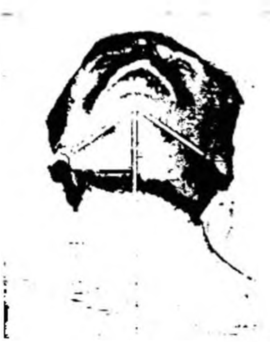


Fig. 123. Secțiunile necropsice necesare explorării gâtului în cadavrele de sufocați, strangulați și spânzurați.

c) *Inima*: repletiunea sanguină a ventriculului drept și quasivacuitatea celui stâng. Dar nu e un semn caracteristic, pentrucă se poate observa și în moartea neasfixică.

d) *Venele mari* (jugularele și venele cave): repletiunea lor nu e un semn constant.

e) *Plămânii.* — 1. Edemul, notat în asfixia lentă, lipsește în cea rapidă. — 2. Emfizemul acut alveolar sau interstițial, de intensitate inegală și de colorație neuniformă, e un semn inconstant. Poate da loc și la o eroare de interpretare, deoarece el se notează atât în unele otrăviri cât și în moartea consecutivă unei leziuni cerebrale. — 3. Hiperemia, constantă în asfixia fără emfizem e inconstantă la plămânul emfizematos. Rozat îndată după moarte, plămânul hiperemiat, după trecerea unui interval mai lung, prin imbibarea adâncă a parenchimului. se colorează în violaceu sau în roșu închis.

f) *Stomacul* e congestionat.

g) *Intestinul* e și el congestionat, nu însă întotdeauna.

h) *Rinichii* sunt congestionați.

i) *Splina* e excepțional congestionată: de regulă e anemică, cenușie.

II. **Petele lui Tardieu.** — Sunt echimozele interne specifice asfixiei și cari se prezintă sub două forme: 1) mici, rotunde sau ovalare (de un diametru variind dela acela al gămăliei unui ac la acela al unui mic bob de linte), de un roșu foarte închis; 2) echimosele ceva mai mari ca bobul de linte, de formă neregulată (liniare, arcuite sau stelate).

Foarte frecvente la copii (70—75% din cazurile de moarte prin asfixie) și îndeosebi la născutul-mort (aproape 100%). echimozele viscerale se notează inconstant la adulți și bătrâni (15—25%).

Din punctul de vedere al localizării, deosebim:

A. **Echimozele superficiale.** — a) *Pe suprafața plămânului, a inimii, a thymusului;* nu întotdeauna pe meningele cerebrale, pe ficat, splină, intestin, vesică.

b) *Petele sub-pleurale,* cari persistă câtă vreme țesutul nu e distrus de putrefacție (*Tardieu* le-a putut identifica la un făt care stătuse 10 luni într'o latrină). Ele își au sediul de predilecție la rădăcina, baza și marginea inferioară a plămânului. Variabile ca număr, punctele acestea hemoragice, atunci când sunt mai abundente, se găsesc sau răsleţite dând astfel plămânului aspectul granitului, sau grupate în mase compacte (plămânul apare marmorat).

c) *Echimozele sub-pericardice* sunt o notațiune mai puțin constantă ca punctele hemoragice subpleurale.

d) *Echimozele mucoaselor.* — Se notează: pe mucoasa nazală, epiglotică și laringo-traheală; pe mucoasa urechei medii (timpan și pielea tubului auditiv extern); pe mucoasa stomacului. — Plesnind, aceste echimoze pot da naștere la mici hemoragii locale.

B. Echimozele țesutului celular profund. — a) *Echimozele pericraniene* presărate pe bolta craniană, în țesutul celular periostic.

b) *Echimozele peri-aortice și echimozele mediastinului.*

Diagnosticul diferențial

Spre a se evita erori de interpretare, trebue să se știe:

1. In asfixia lentă, echimozele pot lipsi pe organele toracice.

2. Putrefacția ori distruge echimozele existente, ori crează echimoze post-mortale.

3. In moartea neasfixică dar precedată de convulsiuni repetate (gliom al creerului, hemoragia meningee sau cerebrală, fractura craniană) se notează echimozele tipice ale strangulării.

4. Echimosele pleurale și echimosele mucoaselor se observă în:

a) *Traumatismele craniane* (comoția cerebrală, fractura craniană).

b) *Intoxicațiile:* oxidul de carbon, mercurul, fosforul, arsenicul (nu întotdeauna), plumbul, cianura de potasiu, strichnina, acidul oxalic, opiumul, digitalina, aconitina, alcoolismul acut, intoxicația alimentară; auto-intoxicația gravidică și auto-intoxicația intestinală.

c) *Bolile hemoragice:* hemofilia, leucemia acută, purpura, scorbutul.

d) *Infecțiunile generale:* scarlatina, difteria, febra tifoidă, variola, holera.

e) *Afecțiunile sistemului nervos:* epilepsia, tetanosul, eclampsia, leziunile encefalice în focar (hemoragii, ramolisment), meningita tuberculoasă, meningita cerebro-spinală epidemică.

f) *Afecțiunile căilor respiratorii:* pneumonia, bronco-pneumonia, apoplexia pulmonară, embolia pulmonară, emfizemul pulmonar cronic, crupul, tusea măgărească.

g) *Afecțiunile și leziunile aparatului circulator:* cardiopatiile congenitale sau dobândite cari cauzează moartea subită; ruptura traumatică a inimii, a aortei.

h) *Inflamația splinei.*

i) *Moartea consecutivă arsurilor rapid mortale, căldurii radiante, degerării, electricității, efectelor aerului comprimat.*

j) *Să nu se confunde cu echimoze viscerale de origine asfixică sufuziunile artificial produse în cursul autopsiei* (ruperea aderențelor pleurale, desprinderea pielei capului, extragerea pachetului pectoro-cervical). Aceste echimoze nu rezistă spălării.

k) *Diagnosticul diferențial între o echimoză traumatică și una asfixică:*

echimozele de origine traumatică își au sediul mărginit la regiunea viscerală interesată şi nu au forma caracteristică a petelor lui Tardieu.

l) *Singura confuzie posibilă e aceea cu echimozele spontane*

Vom încheea cu observația, că nu numai practica necropsică dar şi experiențele făcute cu animale fac *dovada lipsei de temeiu a tezei lui Tardieu, după care sufocarea are un tip particular de echimoze viscerale*, deoarece exact aceleaşi pete hemoragice se găsesc în toate felurile de asfixii mecanice.

F. **Clasificarea**

După felul în care intervine energia exogenă sau cauza externă de turburare a hematosei, asfixia mecanică se prezintă sub următoarele forme: 1) asfixia consecutivă acțiunii exercitate la orificiile căilor respiratorii (gura, nările); 2) asfixia consecutivă obstacolului ce-l constitue pentru respirație prezența, în căile aeriene, a unui corp străin, exogen sau endogen, indiferent de consistența lui; 3) asfixia consecutivă strâmtării lumenului căilor respiratorii, fie printr'o neoformațiune pe chiar trajectul lor intern, fie prin presiunea exercitată de o neoformațiune pe pereții exteriori ai căilor respiratorii; 4) asfixia consecutivă paralizării parțiale ori totale a funcționării muşchilor respiratori, prin comprimarea toracelui, cu sau fără pătrunderea unor substanțe pulverulente pe orificiile şi în căile respiratorii; 5) asfixia consecutivă respirării forțate a unui aer confinat, deci devenit irespirabil din cauza vicierii lui; 6) asfixia consecutivă constricțiunii exercitate dela exterior asupra pereților căilor aeriene; 7) asfixia consecutivă invaziunii din afară a unui lichid în aparatul respirator.

Primele cinci forme ne dau ceeace numim *sufocarea;* forma a 6-a e aceea a *strangulării* şi a *spânzurării;* forma a 7-a e asfixia datorită *submersiunii.*

După cum e consecutivă numai unei cauze determinate sau unei asociațiuni de cauze, deosebim: asfixia *mecanică tipică* şi asfixia *mecanică atipică* (strangularea cu spânzurarea; una din aceste forme asociate cu submersiunea; sufocarea asociată cu strangularea ori cu submersiunea).

1. **SUFOCAREA**

Incomplectă, e compatibilă cu supraviețuirea şi cu salvarea pasageră sau definitivă a victimei, după gravitatea efectelor începutului de asfixie. — *Complectă,* sufocarea are ca urmare moartea, rapidă sau mai mult ori mai puțin lentă. — Expertul poate deci avea de examinat: o simplă tentativă sau un început de sufocare; o sufocare desăvârşită.

A. **Simptomele în caz de supraviețuire**

a) *Aspectul feței, gâtului şi al părții superioare a pieptului:*

prezența ori nu de leziuni superficiale ori mai adânci, interesând tegumentele, sistemul cartilaginos şi osos; nuanța violacee, mai mult sau mai puțin închisă, a pielei în aceste regiuni (cianosa cervico-facială cu puncte echimotice, când simetric presărate, când aglomerate ca un nisip fin).

b) *Mici hemoragii pe nas, gură, ureche* (consecutive plesnirii echimoselor constituite pe mucoasa nazală, faringiană, laringiană şi pe timpan).

c) *Modificările oculare*: tumefacția hemoragică a pleoapelor, injectarea conjuctivelor, hemoragii retiniene, exoftalmia, amaurosa trecătoare sau cecitatea complectă.

d) *Turburările funcționale*: pierderea cunoştinței, convulsiuni, paralizie stare confuzională, accese de excitație maniacă.

e) *Echimozele conjunctivale* nu dispar înainte de 30—40 zile.

B. Leziunile anatomice pe cadavru

Asfixia, în sufocare, are drept cauză esențială insuficiența sau abolirea ventilației pulmonare.

Leziunile diferă după natura sufocării. Aşa, în obturarea căilor aeriene, sub acțiunea mişcărilor respiratorii cari mai persistă un timp variabil, cavitatea toracică se dilată la maximum iar plămânul, în tendința'i de a umplea vidul pleural, se rupe în mai multe locuri, dând astfel naştere emfizemului despre care am vorbit la semnele asfixiei în general. In comprimarea toracelui, din contră, mişcările respiratorii fiind din capul locului stânjenite sau chiar suprimate, emfizemul va lipsi sau în orice caz va fi abea perceptibil.

1. Leziunile anatomice comune din formele sufocării sunt:

a) *Exudația sanguină pe suprafața emisferelor cerebrale.*

b) *Sufuziunile sanguine pe mucoasa bucală, nazală, laringeană, tracheală şi în cavitatea orbitară.*

c) *O violentă congestie întinsă a plămânilor, nuclee apoplectice, emfizem şi echimoze sub-pleurale.*

d) *Echimozele sub-pericardice* (inconstant).

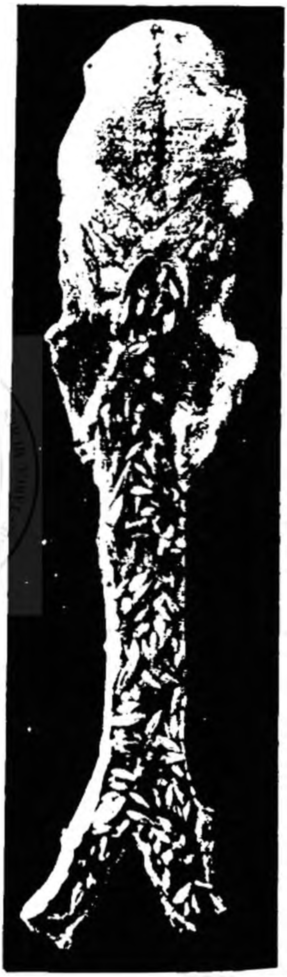


Fig. 124. — Asfixia într'o massă de orz: *trachea plină cu orz.*

2. Leziunile particulare diverselor forme ale sufocării. Vrem să vorbim de:

a) *Leziunile traumatice* consecutive fie violenţei umane fie corpurilor inerte contondente.

b) *Prezenţa corpilor străini la orificiile şi în căile aparatului respirator.* — 1. Solid, corpul obturator, după volumul lui, se găseşte sau la începutul căilor respiratorii sau mai în adâncime (până în primele bronchii). Atunci când corpul streiu solid, fixat la începutul căilor respiratorii, e de consistenţă mai slabă, fragmente din el se pot desprinde spre a cădea în trachee sau în bronchiile mari. — 2. Substanţele pulverulente pot pătrunde până la o mare adâncime în aparatul respirator. — 3. Materiile vâscoase, substanţele alimentare păstoase mestecate numai sau pe jumătate digerate pot astupa, formând dop, laringele, tracheea, bronchiile mari. — 4. Sângele, puroiul, pot pătrunde până la cele mai fine ramificaţiuni bronchice şi chiar în alveolele pulmonare, dând plămânului un aspect pătat caracteristic,

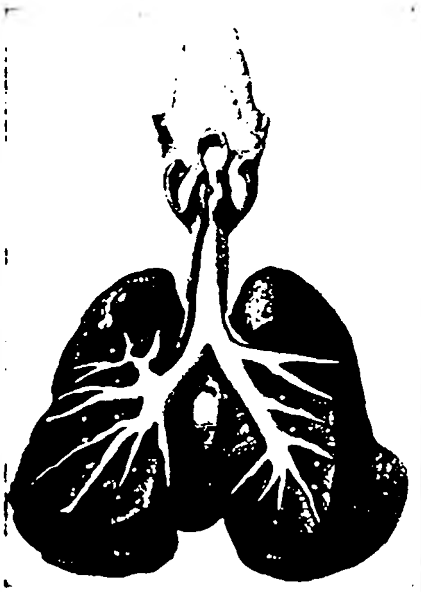


Fig. 125. — Asfixia într'o masă de făină: tracheea şi ramificaţiile bronchice pline cu făină (accidentul unui lucrător căzut din pod în depozitul de făină vărsată al unei mori).

c) *Prezenţa neoformaţiunilor* cari au putut fi cauza strâmtării căilor respiratorii.

* * *

Asfixia prin sufocare se poate produce în următoarele moduri:

I. Ocluziunea orificiilor căilor respiratorii

1. Cu mâna

a) *Cu o singură mână:* două degete vârâte în nări şi palma aplicată strâns pe gură. — b) *Cu ambele mâini:* o mână strânge nările, iar cealaltă e lipită pe gură. — Mod de sufocare frecvent în pruncucidere şi în libericid; cu un adult crima nu e cu putinţă, decât dacă victima e în imposibilitate de a se apăra sau se găseşte într'una din stările cari îi răpesc puterea de a rezista ori conştiinţa primejdiei.

2. Lipirea unei foi impermeabile pe gură şi astuparea nărilor

3. Aplicarea unei cârpe ude, a unei măşti de smoală pe faţă.

4. Astuparea gurii cu un căluş, cu o legătură.

5. Apăsarea feţei pe o pernă, saltea, canapea.

6. Infăşurarea capului cu o cuvertură, cearşaf, haină, etc.; tragerea unui sac peste cap.

7. Apăsarea feţei peste o massă lichidă, semi-lichidă, pulverulentă (*făină, nisip, pulbere de orice natură*); peste o massă de corpuri solide mărunte (grâu, orz, ovăz, rapiţă, etc.).

8. Apăsarea feţei cu braţul, cu genunchiul sau lipirea feţei de trupul autorului voluntar sau involuntar al sufocării (frecvent în moartea sugacilor şi a copiilor mici cari dorm împreună cu mama, doica sau guvernanta).

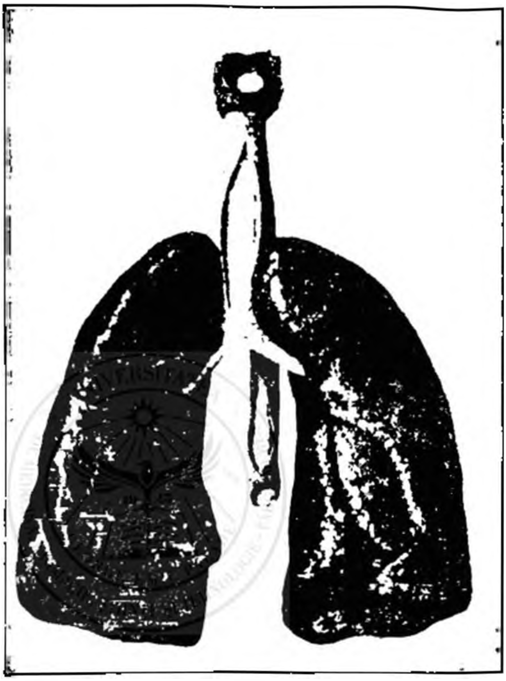


Fig. 126. — Asfixia într'o massă de făină: *vederea esofagului şi a tracheei pline cu făină.*

(In cazurile 7 şi 8, sufocarea prin ocluzia orificiilor căilor aeriene e combinată cu comprimarea toracică şi abdominală).

* * *

A. **Urmele revelatoare ale sufocării prin ocluziunea orificiilor căilor respiratorii:**

a) *Urmele unghiilor şi ale degetelor.*

b) *Sufuziunile buzelor; turtirea sau strivirea nasului.*

c) *Impresiunile lăsate de corpurile de cari a fost apăsată faţa.*

d) *Eventualele leziuni ale vălului palatului* pot indica natura căluşului introdus pe gură şi dela care se mai pot găsi resturi.

e) *Resturi din substanțele pulverulente cari au pătruns în gură și în nări.*

B. **Diagnosticul diferențial etiologic**

Acesta e bazat pe anamneză, pe poziția corpului, pe examenul corpului sufocant și pe urmele notate pe haine și pe corp — Poate fi *crimă, sinucidere, accident*. (Exemplu de sinucidere: unul ș-a astupat gura și nările cu hârtie lipită cu cleiu cismăresc — *Haberda*. — Exemplu de crimă executată în acelaș mod — *Taylor*).

II. Obturarea căilor respiratorii

Nu e neapărată nevoie de obturarea complectă: ajunge ca lumenul să fie redus la mai puțin de jumătatea diametrului lui normal pentruca asfixia lentă să omoare.

Sufocarea prin obturarea căilor respiratorii e consecutivă introducerii unui corp strein exogen, prezenței unui corp strein endogen.

1. Corpii streini exogeni

(Crimă, sinucidere, accident)

a) **Un corp solid înghițit ori împins pe gât**

1. **La copii:** tetina biberonului. o bilă, o monedă, un fruct mai mare sau un fragment de fruct, un sâmbure de fruct; degetul mâinii criminale: un tampon de vată. hârtie. pânză, postav, etc.; miez de pâine: un dop de plută.

2. **La adulți:** monedă, dantura falsă, o țigară de foi. un tampon împins pe gât, o bucată de lemn, o bucată de metal, cocoloașe de tutun mestecat; o foaie de metal laminat. pusă la gură și atrasă spre epiglotă, printr'o aspirație puternică (sinuciderea, pe vremuri, a mandarinilor chinezi căzuți în disgrație: luau o foaie de aur laminat și. apăsând-o în fața gurii, o aspirau cu putere, iar foaia se strângea în jurul epiglotei). *Thoinot* raportează cazul unei femei care în glumă și-a pus în gură un prezervativ umflat: prin aspirație acesta s'a fixat dinapoia glotei, cauzând moartea

b) **Bolul alimentar**

Sufocarea, în atare formă, se notează la orice vârstă, mai frecvent la alienat. la adultul în stare de beție, la persoanele cari mănâncă repede. pe nemestecate sau la cari se produce subit o paralizie bulbară. Moartea poate fi fulgerătoare, fără notarea tuturor fazelor asfixiei.

Bolul alimentar se fixează la intrarea faringelui. împingând în jos sau înălțând epiglota. După caz, ori obturează orificiul superior al laringelui, ori își face drum în jos până la sau dincolo de orificiul inferior al acestuia, apăsând pe trachee; ori însfârşit, bolul e călare pe laringe şi esofag, obturându-le simultan pe amândouă.

Dintre numeroasele observaţii făcute la Institutul Medico-Legal din Bucureşti (in al cărui muzeu sunt păstrate piesele anatomice) vom cita următoarele:

1. O femee de 60 ani inecată cu o bucată de carne, care astupa complect intrarea laringelui.

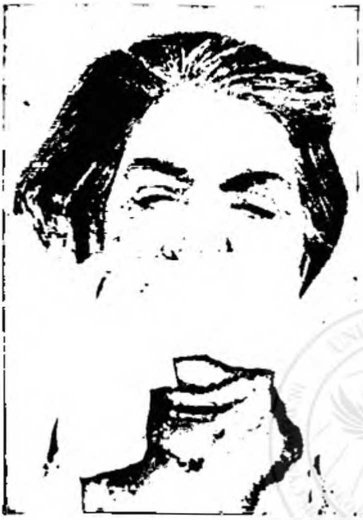


Fig. 127. — Sufocare cu o legătură şi strangulare cu mâna.

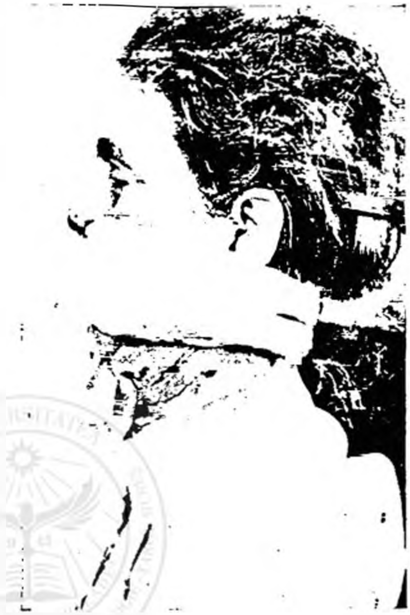


Fig. 128. — Sufocare cu o legătură şi strangulare cu mâna: victima din clişeul no. 127 văzută in profil, *spre a se putea observa poziţia legăturii.*

2. Un individ de 30 ani, în stare de beţie: o bucată de sgârciu i se opreşte în laringe.

3. Un altul, de 45 ani, deasemenea beat: o bucată de rasol i se opreşte în fundul gâtului.

Moartea prin bolul alimentar poate uneori da loc la erori de interpretare, atunci când medicul, însărcinat cu expertiza, neglijează să examineze şi căile aeriene. In două contra-expertize am avut prilejul să constatăm o atare gravă omisiune: deschizând laringele am dat, în ambele cazuri, peste câte un bol alimentar şi astfel am putut demonstra cauza morţii pentru care primii experţi puseseră crima ca diagnostic etiologic.

c) Aspirarea massei pulverulente

Prin deglutiţia vitală, massa, care provoacă ocluzia orificiilor căilor respiratorii (gura şi nările), pătrunde în intestin şi apoi e aspirată în căile aeriene.

B. Corpii streini endogeni

1. Aspirarea materiilor alimentare regurgitate

Faptul medical al sufocării pe această cale se poate înregistra la orice vârstă; la adulți, îndeosebi în stare de beție, de leșin, în somn, în caz de turburare a mișcării reflexe dela intrarea laringelui, sau atunci când, venindu-ți să verși, astupi gura cu mâna.

Aspirația vitală se face printr'o inspirație violentă a materiilor regurgitate.

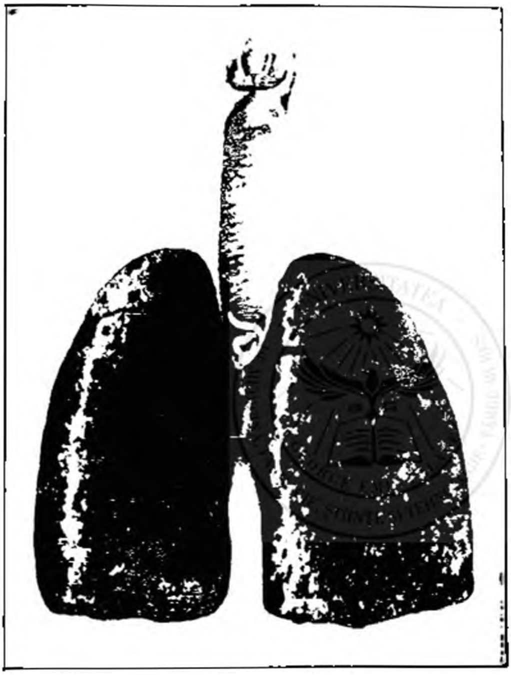


Fig. 129. — Asfixia cauzată de prezența unui ascarid în trachee.

Dintre observațiile de atare moarte prin sufocare, făcute la Institutul Medico-Legal din București, relevăm două, cari privesc pe doi lachei ai Palatului Regal din București.

Ambii lachei se găseau de serviciu în anticamera sălii de audiențe. Venindu-le să verse, și-au dus mâna la gură și au făcut sforțări să se stăpânească: conținutul stomacal regurgitat, neputând răzbi prin gură, a pătruns în căile aeriene.

2. Erorile de interpretare

La autopsie se dă, în căile aeriene, peste o parte din conținutul stomacal — și cu toate acestea prezența materiilor alimentare nu e o dovadă peremptorie a *morții* prin sufocare. Pentrucă, fie chimul, fie substanțele incomplect digerate se pot deplasa până în căile aeriene și prin alte procese decât acele ale aspirației vitale sufocante:

I. Aspirația agonică, faza terminală a bolii de care de fapt moare individul: muribundul regurgitează, iar abolirea reflexului faringian înlesnește pătrunderea conținutului stomacal în căile aeriene.

Dovada morții prin asfixie consecutivă aspirației pur vitale o constitue flatuozitatea plămânilor. In aspirația agonică, conținutul stomacal acid poate da naștere la focare de ramolire a țesutului pulmonar care capătă o consistență de iască.

II. Pătrunderea post-mortală a conținutului stomacal în căile aeriene se poate produce înainte sau după instalarea putrefacției.

a) Cauzele favorizante inainte de putrefacție: 1. *Respirația artificială* practicată asupra corpului considerat numai in stare de moarte aparentă (chimul poate fi impins nu numai in căile aeriene dar şi in plămân). — 2. *O presiune bruscă exercitată pe epigastrul cadavrului* (prin deplasarea sau răsturnarea lui brutală) face ca substanța lichidă sau semi-lichidă din stomac să se'nalțe spre a pătrunde in căile aeriene.

b) După instalarea putrefacției: gazele desvoltate in cavitatea abdominală, comprimând stomacul, imping conținutul acestuia spre faringe de unde se revarsă in căile respiratorii.

III. Revărsarea in căile aeriene a unei materii patologice (puroiu) sau a sângelui: a) *deschiderea neaşteptată a unui abces sau a unei vomice in trachee ori in bronchii*; b) *pătrunderea sângelui provenit dela ruperea unui anevrism din vecinătatea căilor respiratorii.*

Un atare accident poate avea ca obârşie fie un mare efort fizic, fie o cauza anodină cum ar fi un acces de râs, fie un traumatism psichic (spaimă).

IV. Prezența ascarizilor lumbricoizi (Vezi cazurile citate la moartea subită ori pseudo-subită).

C. Comprimarea interioară a pereților căilor aeriene

1. **Hipertrofia corpului tiroid.** — Am notat sufocări numai cu o neinsemnată creştere de volum a acestei glande.

2. **Prin strâmtarea congenitală sau dobândită a esofagului la un anumit nivel,** substanțele alimentare înghițite şi aflate deasupra punctului de strâmtare destind esofagul şi astfel acesta apasă asupra tracheei al cărei lumen, la rândul lui, se strâmtează sau chiar se închide.

3. **Presiunea exercitată de un thymus de mărime escesivă.**

4. **Ulcerațiunile sifilitice şi tuberculoase ale mucoasei laringee** (prin edemul consecutiv al glotei).

5. **Polipii ventriculului laringeu.**

III. Comprimarea toracelui

Turburarea sau suprimarea hematosei are drept cauză esențială împiedicarea mişcărilor respiratorii. In asfixia incomplectă, individul supraviețueşte.

Mecanismul asfixiei: fie prin stasa pasivă, fie prin efort respirator.

In *stasa pasivă*: din cauza refluxului sângelui venos in intreg sistemul venei — cave superioare, stasa se localizează indeosebi in regiunea cervico-facială.

In *efortul respirator* prin mişcările conştiente sau instinctive făcute de individ spre a se degaja de presiunea a cărei victimă este tensiunea toracică are de efect îngrămădirea de sânge in sistemul venei-cave superioare, indeosebi in jugulare.

De unde congestiunea şi cianozarea feței (albastru închis bătând uneori în negru).

Pentruca moartea să se producă e nevoie (experiențele lui *Tamassias*) ca greutatea comprimată să întreacă neapărat cu cel puțin jumătate din greutatea corpului victimei. De regulă lentă (o jumătate de oră până la câteva ore), moartea nu e fulgerătoare decât atunci când intervine și șocul psichic inhibitoriu (spaima).

1. **Simptomele în caz de supraviețuire:** *a)* picheteu hemoragic interesând fruntea, fața, gâtul, umerii, brațele, pieptul; *b)* sufuziuni sanguine în conjunctive, de unde turburări vizuale; *c)* eventual, leziuni contuzive pe suprafața parțială ori totală a corpului, fracturi osoase.

2. **Leziunile anatomice găsite pe cadavru.** — In afară de semnele exterioare găsite și pe omul viu, la autopsie se notează: *a)* hemoragii in mușchi; *b)* picheteu hemoragic în țesutul pericranian; *c)* sufuziuni sanguine pe mucoasa faringelui; *d)* emfizem și congestie pulmonară cu nuclee apoplectice; *e)* spumă bronchică rozată; *f)* echimoze pleurale; *g)* repletiunea inimii și a vaselor; *h)* rupturi ale plămânului cu pneumo-hemotorax; *i)* rupturi ale ficatului, ale splinei.

3. **Etiologia.** — Asfixia consecutivă comprimării toracelui, având întotdeauna ca origine o presiune exercitată de afară, poate avea ca etiologie crima și accidentul.

1. Un act criminal

a) Victima e răsturnată și toracele (uneori și abdomenul) îi e apăsat cu genunchiul, cu mânile, coatele ori chiar cu întreaga greutate a corpului agresorului.

b) Victima e împinsă spre un obstacol dur și apăsată cu corpul agresorului.

c) Se aruncă sau se răstoarnă peste victimă o greutate mare.

(*Maschka* citează un caz cu adevărat bestial: o copilă de 14 ani e atacată de două haimanale; în timp ce unul din derbedei îi comprima pieptul, celalt o viola).

d) Uneori comprimarea toracelui poate fi însoțită de ocluzia orificiilor căilor respiratorii ori de strangulare.

2. Accidentul

a) *In înghesuială*, având ori nu ca origine o panică. (In 1896, în Rusia, cu ocazia serbărilor încoronării țarului Nicolae II, 3.000 persoane au murit sufocate în îmbulzeala ce s'a produs. — Numeroasele cazuri de sufocare cu prilejul panicelor produse în incendiile de cinematograf, teatru, etc.)

b) *Accident de cale ferată:* persoanele prinse sub sfărâmăturile vagoanelor.

c) *Căderea unei greutăți peste corpul victimei.*

d) *Călcarea victimei de un vehicul greu* (car, trăsură, automobil, tramvaiu).

e) *Prinderea victimei între două tampoane.*

f) *Copilul înăbușit sub greutatea corpului mamei, în somn.*

IV. Ingroparea de viu

(Crimă, accident, excepţional sinucidere)

Sufocare în care asfixia e consecutivă comprimării toracice sau a corpului întreg, asociată cu ocluzia orificiilor respiratorii sau şi cu obturarea căilor aeriene.

Mediile în cari se produce acest gen de sufocare pot fi: pământul, băligarul, gunoiul, cenuşea, rumegătura de lemn, zăpada, nisipul, materiile pulverulente (făina, tărâţele, praful de cărbuni, etc.), mase de corpuri solide mici (grâu, orz, ovăz, rapiţă, meiu, porumb, prundiş, etc.); în năruirea zidurilor, a galeriilor de mine; în surparea unui mal, etc.

1. **Mecanismul asfixiei:** a) *stingherirea sau suprimarea mişcărilor respiratorii;* b) *pătrunderea în căile respiratorii a corpilor streini din mediul de îngropare* (numeroase observaţii făcute la Institutul Medico-Legal din Bucureşti).

2. **Supravieţuirea** e foarte frecventă atunci când mediul de îngropare e rar şi poros, permiţând astfel pătrunderea aerului exterior. In genere, rezistenţa e mai mare la noul-născut decât la adult (Vezi şi „Pruncuciderea"). Se cunosc cazuri în cari îngropaţii de vii, într'un mediu care înlesnia întrucâtva funcţiunea respiratorie redusă, au putut fi readuşi la viaţă după 2 şi chiar 3 zile.

3. **Diagnosticul diferenţial.** — Spre a dejuca manoperele de mistificare (persoana desgropată a fost mai întâiu victima unui alt gen de atentat şi numai, pentru mascarea primei crime, a fost îngropată, spre a se crea aparenţele unei morţi prin acest fel de sufocare), expertul îşi va întemeia concluziile pe diagnosticul diferenţial:

a) In primul loc constată *leziunile vitale* externe şi interne proprii presiunii exercitate de masa comprimantă; faţa tumefiată şi cianozată cu un picheteu hemoragic care se poate întinde la gât, umeri, braţe şi piept.

b) La deschiderea cadavrului: *echimoze* pe pericraniu, pleură, plămân; *emfizem pulmonar; spumă sanguinolentă în căile respiratorii; fluiditatea sângelui;* eventuale *plesniri ale organelor interne.*

c) Semnul esenţial: aspirarea vitală a corpilor streini din mediul de îngropare, în cursul mişcărilor respiratorii cari preced asfixiei şi în cursul deglutiţiei. Substanţele pulverulente sau corpii solizi mici pătrund, *vital,* nu numai în căile aeriene propriu-zise şi în unele din ramificaţiile bronchice, dar şi în tubul digestiv (esofag, stomac şi începutul intestinului subţire).

E adevărat că există şi o *aspiraţie post-mortală,* dar atunci ea se mărgineşte la căile aeriene; în nici un caz corpii streini nu pot fi găsiţi în tubul digestiv, pentrucă prezenţa lor aci nu s'ar putea explica decât prin actul deglutiţiei vitale.

V. Aerul confinat

(Crimă, accident, excepţional sinucidere)

Gen de sufocare notat în cazurile în cari individul, forţat, voluntar sau accidental, e menţinut într'un spaţiu ermetic închis: încăpere, pivniţă, pod, dulap, cufăr, ladă, sicriu, într'un loc astupat în urma unei năruiri sau a unei surpări.

Procesul asfixic e favorizat nu atât prin saturarea aerului cu acidul carbonic, cât prin desoxigenarea lui, iar complecta dispariţie a oxigenului cauzează moartea.

In al doilea loc, intervine saturarea aerului confinat cu vaporii de apă, ceeace are de urmare încetinirea sau chiar suprimarea evaporării cutanate şi a transpiraţiei pulmonare.

Insfârşit, asfixia e desăvârşită de principiile miasmatice de origine diversă.

1. **In caz de supravieţuire** se notează următoarele simptome: *a)* inspiraţii accelerate; *b)* durere de cap; *c)* ameţeală; *d)* greaţă; *e)* oboseală; anxietate; *f)* respiraţia încetinită dar mai adâncă; *g)* treptata abolire a inteligenţei, a sensibilităţii şi a mişcării; *h)* paloarea feţei; *i)* răcirea progresivă a corpului.

2 **Notaţiunile** necropsice: *a)* paloarea pielei; *b)* plămânii congestionaţi (de un roşu vişiniu) cu nuclee apoplectice superficiale sau profunde; *c)* petele lui Tardieu abundente; *d)* emfizemul pulmonar abea perceptibil sau cu totul absent; *e)* în inimă sânge fluid dar cu numeroase cheaguri.

2. STRANGULAREA

Impreună cu spânzurarea, strangularea face parte din grupul de asfixie mecanică prin constricţiunea exterioară a gâtului.

Se prezintă sub două forme: strangularea cu mâna şi strangularea printr'o legătură. In această a doua formă ea aduce cu spânzurarea, de care se deosebeşte numai prin aceea că, pe când în strangulare constricţia gâtului se face prin acţiunea unei energii active (streină sau proprie), în spânzurare aceeaş constricţie e efectul tracţiunii exercitate de însăş greutatea individului asfixiat. Numai într'o speţă strangularea îmbracă întrucâtva forma spânzurării: atunci când legătura e aplicată dela oarecare distanţă şi victima, prin chiar sforţările ce face de a se degaja, exercită cu propriu'i corp tracţiunea caracteristică spânzurării.

Sunt cazuri în cari strangularea îmbracă ambele ei forme: victima e succesiv strânsă de gât şi cu mâna şi cu o legătură.

La studiul fiecăreia din cele două forme ale strangulării vom arăta cari sunt elementele diagnosticale specifice. Notaţiunea comună, în afară de semnele exterioare și leziunile anatomice ale asfixici în general, sunt sufuziunile sanguine dela gât.

In genere, moartea prin strangulare e precedată de un scurt interval agonic de câteva minute (până la 10 și chiar 20 minute). Dar moartea poate fi și quasi-fulgerătoare, atunci când ea e datorită șocului inhibitoriu, consecutiv traumatismului exercitat asupra laringelui (vezi: „Moartea subită“, vol. II).

I. Strangularea cu mâna (sugrumarea)

E strangularea prin strângerea gâtului cu mâna, de regulă în partea anterioară, uneori și laterală.

In forma ei pură, strangularea cu mâna nu e posibilă decât când victima e un copil sau un adult incapabil de a opune vreo rezistență: o boală paralizantă a forțelor, accesul de epilepsie, leșin, somn; în prealabil amețit cu un stupefiant sau cu o băutură alcoolică. Foarte frecvente sunt cazurile în cari strangularea cu mâna e precedată de lovituri prin surprindere (de preferință la cap) și e însoțită de manopere de sufocare și de acte sadice (violarea femeii, atentatul pederastic la bărbat).

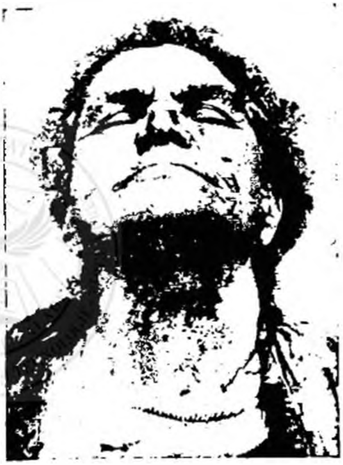


Fig. 130. — Urmele strangulării cu mâna (crimă).

A. **Mecanismul morții.** — Moartea in acest fel de asfixie mecanică e consecutivă pe deoparte efectelor constricțiunii cervicale, pe de alta traumatismului inhibitor interesând nervii laringieni.

Prin constricțiune se produce: *a)* comprimarea vaselor gâtului; *b)* obliterarea glotei prin încălecarea coardelor vocale; *c)* împingerea în sus și înapoi a bazei limbii, care se aplică pe peretele posterior al faringelui, provocând astfel, prin comprimare, ocluziunea faringelui.

Prin șocul inhibitoriu laringean se produce pierderea cunoștinței.

B. **Durata acțiunii.** — Afară numai dacă, precum am arătat, moartea nu e subită prin presiunea traumatică exercitată asupra laringelui durata acțiunii de sugrumare e întotdeauna de câteva minute. Pentrucă nu ajunge o singură constricțiune: degetele agresorului, la un moment dat, se înțepenesc și atunci, pentru desăvârșirea asfixiei, e nevoie ca mâna să se deplaseze, pentru o nouă comprimare.

1. In caz de supraviețuire (în strangularea incomplectă, întreruptă) în afară de eventualele urme de violență pe restul corpului, notăm la victimă:

a) *Urmele de violență pe gât:* amprentele unghiilor, zdreliri, echimozele consecutive presiunii exercitate de degete. Urmele unghiilor pot lipsi, atunci când sugrumarea nu se face direct pe piele, ci peste cămașe sau când criminalul are unghiile tăiate scurt (un caz observat de noi și asupra căruia am atras atenția judecătorului de instrucție; autorul crimei fiind prins, deducția făcută din examinarea urmelor strangulării a fost confirmată).

b) *Tumefiarea și cianoza feței; tumefiarea gâtului; picheteu hemoragic la față și gât.*

c) *Chemosis conjunctival.*

d) *Convulsiuni, sopor, pierderea cunoștinței.*

e) *Confuzie mintală, amnezie, accese maniace.*

f) *Turburări ale vocii și ale deglutiției.*

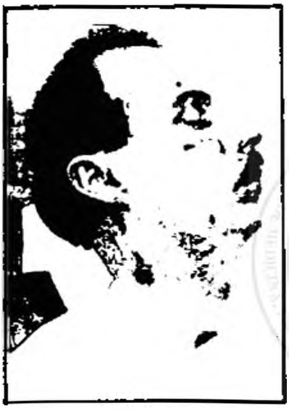


Fig. 131. — Urmele strangulării și sufocării cu mâna.

g) *Edemul glotei, formarea de abcese cervicale* cari, ulterior, pot fi cauza secundară a morții.

2. Notațiunile necropsice. — In afară de semnele de violență depe restul corpului, de stigmatele dela gât, față și conjunctive deacum semnalate la persoana vie, la *examenul exterior* al cadavrului se mai înregistrează:

a) *Amprentele arcadelor dentare pe limbă,* numai excepțional *aceasta iese pe gură.*

b) *O spumă bronchică sanguinolentă și aerată la gură și nări.*

La deschiderea cadavrului se notează:

a) *Revărsările sanguine, de mărime variabilă,* în țesutul celular superficial și profund (până'n țesutul prevertebral), în mușchi, în corpul tiroid, în glandele salivare și la amigdale.

b) *Echimoze pe mucoasele căilor aeriene, pe epiglotă, în interiorul laringelui, pe sub coardele vocale.*

c) *Fracturile laringelui,* rare la indivizii tineri, sunt foarte frecvente la bătrâni: procesul de osificare face cartilajul mai friabil.

d) *Fractura coarnelor osului hioid; fracturile thyroidului și ale cricoidului.*

e) *Leziuni tracheale* (numai excepțional).

f) Deasemenea excepționale sunt *leziunile carotidelor.*

Restul notațiunilor interne sunt acele ale oricărei asfixii.

Uneori se pot observa și fracturi de coaste, alte fracturi osoase, rupturi ale organelor interne — atunci când sugrumarea e combinată cu compresiunea toracică sau cu alte traumatisme.

* * *

Parțial sau chiar în totalitatea lor semnele externe ale sugrumării pot lipsi în moartea imediat consecutivă șocului inhibitoriu laringian. In atare caz pot lipsi: tumefierea și cianosa feței, revărsările sanguine din țesuturile cervicale.

3. Mistificarea. — Nu odată se întâmplă ca, pentru mascarea strangulării cu mâna, cadavrul să fie ulterior spânzurat ori strangulat cu o legătură sau să i se cauzeze leziuni a căror natură postmortală expertul are putința s'o demonstreze.

4. Identificarea autorului sugrumării. — Cerându-i-se ca, în măsura posibilului, să identifice sau cel puțin să dea indicațiuni asupra persoanei ucigașului, expertul utilizează elementele trase din semnele exterioare notate atât pe cadavru cât și pe autorul prezumat al crimei.

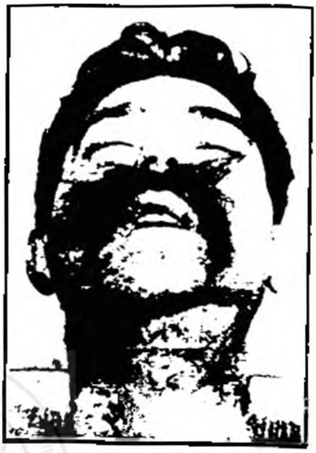


Fig. 132. — Urmele strangulării cu mâna.

a) Atâta vreme cât n'a pierdut cunoștința, victima nu numai rezistă dar se și apără cu mânile, cu dinții, cu coatele, cu picioarele. — 1. *Sub unghiile mortului se pot găsi peri de pe fața asasinului.* — 2. *In mâna mortului se poate găsi o șuviță de păr, un nasture, o bucată ruptă din îmbrăcămintea agresorului.* — 3. *Pe mâna, brațul ori fața ucigașului se identifică urmele zgârierii și ale mușcăturii victimei.* — 4. *Pe îmbrăcămintea sau pe trupul agresorului se identifică urmele particulare lăsate de încălțămintea victimei, în apărarea acesteia cu piciorul.*

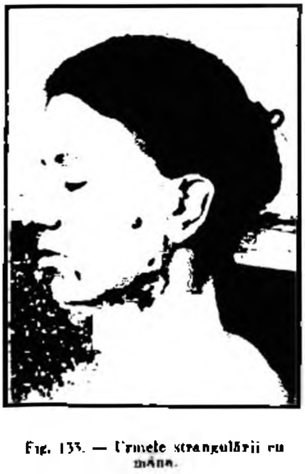


Fig. 133. — Urmele strangulării cu mâna.

b) Pe gâtul victimei se pot găsi urme indicând îndeletnicirea ucigașului: *var* (vărar, zidar); *făină* (lucrător brutar, lucrător morar, vânzător la un depozit de făină); *vopsea* (zugrav, vânzător la o prăvălie de vopsele); *praf de cărbune* (cărbunar); *funingine* (coșar); etc., etc.

c) *Particularităţi ale amprentelor unguale şi digitale:* 1) absenţa unghiei dela unul sau două degete, atunci când se poate deosebi sistemul de amprente lăsat de o singură apăsare a mânii; 2) absenţa urmelor lăsate de unul sau două degete, atunci când acestea lipsesc la mâna ucigaşului.

5. **Simularea.** — Expertul nu trebue să uite că i se pot prezinta şi cazuri de simulare la indivizi cari au interesul de a se prezinta ca fiind victima unei tentative de sugrumare. Va identifica urmele unghiilor şi ale degetelor dela însăş mâna pretinsei victime sau a eventualului complice la această mistificare.

II. Strangularea cu o legătură

Legătura poate fi de natură foarte variată: frânghie, curea, brâu, bretele, cravată, fular, prosop ori cearşaf răsucit, batistă, liţă, sârmă, cerc de fier, etc.

A. Mecanismul morţii:

a) *Comprimarea vaselor gâtului, îndeosebi a jugularelor* cari devin aproape impermeabile, constituindu-se astfel staza venoasă.

b) *Comprimarea laringelui şi a tracheei.*

c) *Comprimarea şi iritarea terminaţiunilor laringee ale pneumogastricului.*

B. Semnele strangulării complecte

a) Şanţul

E semnul neîndoios, elementul esenţial al diagnosticului.

1. Pe când urmele strangulării cu mâna se observă de regulă pe faţa anterioară şi pe părţile laterale ale gâtului, **şanţul în strangularea cu o legătură interesează întreg conturul gâtului.** Uneori dintr'o altă cauză (de exemplu interpunerea parţială a gulerului cămăşii, a hainei, a unui fular) şanţul poate prezinta soluţiuni de continuitate mai mult sau mai puţin pronunţate.

2. **Şanţul reproduce urmele particularităţilor legăturii (noduri, lacune superficiale) şi ale obiectelor ce se interpun între legătură şi gât.**

3. **Adâncimea şanţului** nu e nici ea uniformă, ci depinde de regiunea pe care constricţia s'a exercitat cu mai multă violenţă, prin urmare de poziţia pe care a avut-o agresorul faţă de victimă: atentatul săvârşit pe la spate, din faţă ori lateral.

4. **Şanţul poate fi unic, dublu sau multiplu,** după numărul circularelor făcute cu legătura. Deşi prezenţa mai multor şanţuri e susceptibilă de o interpretare în favoarea sinuciderii, sunt însă observaţii controlate de crime cu şanţ multiplu.

5. Direcţia tipică e cea orizontală; dar poate fi şi ascendentă sau descendentă, după cum tracţiunea de capetele legăturii ori de extremitatea liberă a juvăţului se face în sus ori în jos.

6. Aspectul. De regulă şanţul, care e moale, palid, nu prezintă nici o modificare de consistenţă a ţesutului. Excepţional (cu legătura mai mult sau mai puţin rigidă şi aspră) se notează excoriaţii şi o pergamentare a pielei. Absenţa obicinuită a zdrelirii şi a pergamentării se explică prin laxitatea legăturii, — laxitate care intervine după dispariţia, în momentul morţii, a congestiunii şi a edemului gâtului.

Marginile şanţului sunt vinete.

Echimoze nu se notează pe fundul şanţului decât în locurile unde legătura a exercitat o mai mare compresiune.

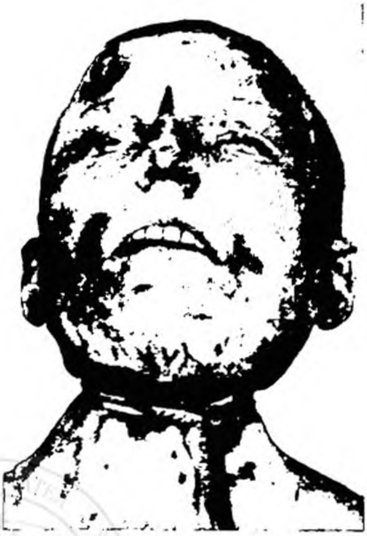


Fig. 134 — Strangulare cu o legătură — nodul în faţă (asasinat).

7. Putrefacţia alterează caracterele vitale ale şanţului: dacă legătura n'a fost scoasă, ţesuturile se umflă atât pe fundul şanţului cât şi pe marginile acestuia, cu tendinţa de a acoperi legătura.

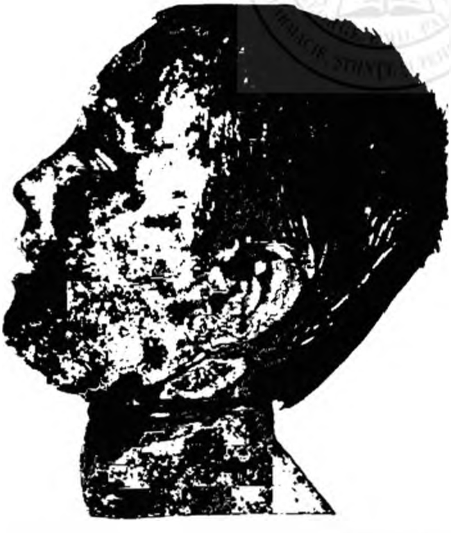


Fig. 135. — Strangulare cu o legătură (victima din clişeul No. 134 văzută din profil).

Diferenţiarea intre şanţul adevărat al strangulării şi şanţul putrefactiv, natural şi artificial.

1. Şanţul putrefactiv: la un înecat cu o legătură oarecare de gât (cravată, fular), ţesuturile cervicale, umflate de putrefacţie, se inalţă şi astfel legătura se adânceşte, iar amprenta ei, superficială la început, ia înfăţişarea unui şanţ.

2. Şanţul patologic: o iritaţie a pielei, intertrigo al gâtului la copii, desgoleşte epiderma şi, după moarte, rămâne o urmă circulară, pergamentată; şan-

țul superficial notat uneori în moartea prin apoplexie (la cei cu gâtul scurt).

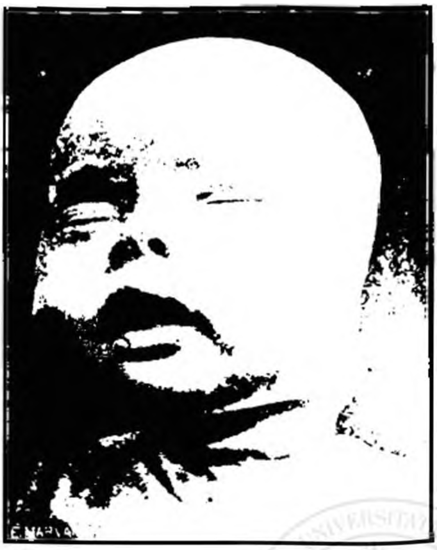


Fig. 136. — Șanțurile naturale la gâtul copiilor mici, datorite grăsimii și cari, greșit, pot fi interpretate ca urme ale strangulării.

3. **Șanțul natural**: la cadavrul noilor-născuți cu gâtul scurt și încărcat cu grăsime, ca și la cadavrele adulților obezi. Acest șanț e numai efemer, deoarece, format prin flexiunea capului pe gât, dispare de îndată ce capul e îndreptat. Moale, anemic, palid sau vânăt (în putrefacție), șanțul natural nu prezintă nici o modificare a țesutului cervical.

4. **Șanțul artificial**: urma lăsată de guler, cravată, fular, colier, panglică și cari au rămas strânse pe gâtul persoanei în momentul morții. Dar atari urme se pot nota și la persoana vie, în caz de acces epileptic în cursul căruia gâtul se umflă. Tot șanț artificial e acela, unic sau multiplu, lăsat de circularele cordonului ombilical la noul-născut (Vezi: „*Pruncuciderea*").

b) Celelalte stigmate externe

1. Cianosa feței cu sau fără puncte echimotice; cianosa buzelor și a urechilor.

2. Chemosis al conjunctivelor: *echimose numeroase pe pleoape și conjunctive.*

3. Limba *e strânsă între dinți cu amprentele arcadelor dentare*; numai în putrefacție atârnă afară din gură.

4. O spumă albicioasă sau sanguinolentă curge pe gură și nări; uneori, în loc de spumă, sânge lichid.

5. Gâtul umflat până la la limita legăturii ori a șanțului, dacă legătura a fost deacum scoasă.

6. Scurgerea sanguină din tubul auditiv extern, unilaterală sau bilaterală (semn inconstant).

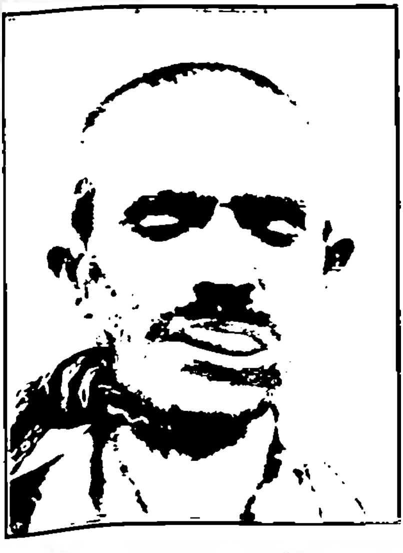


Fig. 137. — Strangularea cu o legătură (nod lateral). ieșirea limbii pe gură.

c) Leziunile profunde și interne

1. *Hemoragii în țesutul celular și muscular al gâtului*, deasupra șanțului în vecinătatea acestuia sau la oarecare depărtare de șanț. — In vecinătatea acestuia hemoragiile își au sediul în mușchii lungi ai gâtului, sub teaca corpului tiroid, sub perichondrul cartilajelor laringelui. — La o depărtare mai mare de șanț, hemoragiile (consecutive stazei) se localizează la unghiurile maxilarului inferior, pe planșeul bucal, la amigdale, în mușchii temporali și, excepțional, în țesutul celular retro-tracheal.

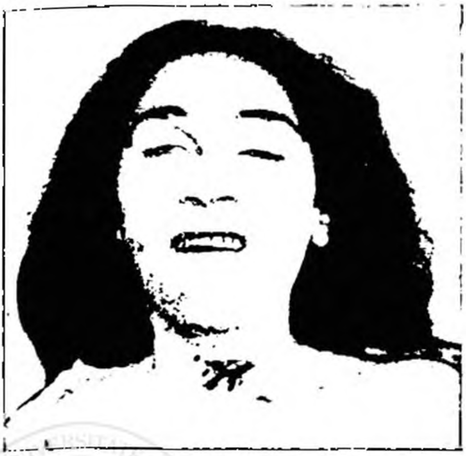


Fig. 138. — Strangularea cu mâna și cu o legătură : urmele a strangulării cu mâna.

2. *Ruptura tunicilor carotidelor* e excepțională.

3. *Congestiunea pericraniului, a meningelor și a substanței cerebrale.*

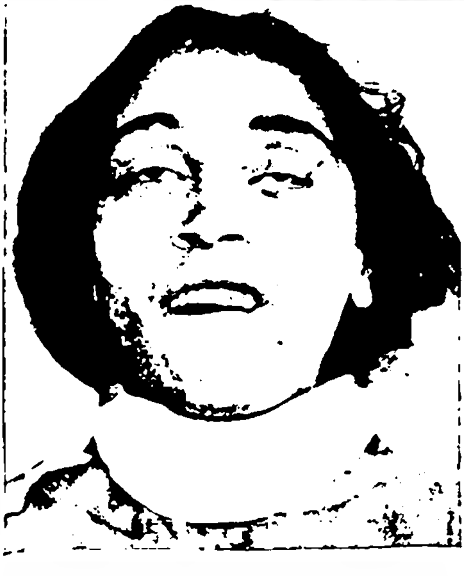


Fig. 139. — Victima din clișeul no. 138 strangulată ulterior cu o legătură (văzută din față).

4. *Congestiunea cu formațiunea de mici echimose pe mucoasa căilor respiratorii și pe mucoasa faringelui și a esofagului.*

5. *Leziuni ale tiroidului, hioidului și cricoidului.*

6. *Leziuni ale scheletului, laringelui*, frecvente la adulții în vârstă, sunt excepționale la tineri.

7. *Prezența frecventă a unei spume fine, rozate în laringe, trachee și în bronchii.*

8. *Plămânii*: congestie; inconstant mici echimose sub-pleurale.

9. *Pentru leziunile notate la noul născut*, vezi *„Pruncuciderea"*.

C. Semnele strangulării incomplecte

In caz de supravieţuire se notează la persoana victimă a unei tentative (crimă) sau început de strangulare (sinucidere, accident):

a) **Amprenta legăturii** — mai mult sau mai puţin pronunţată (imperceptibilă atunci când legătura a fost moale) — apare ca o excoriaţie circulară. Dacă e sângerândă, se usucă; uscată dela început, persistă timp de 1—2 săptămâni sub forma unei dungi de tumefacţie. In unele cazuri se pot nota ulterior sufuziuni pe fundul amprentei.

b) *Congestia şi cianoza feţei şi a gâtului cu picheteu hemoragic interesând faţa, gâtul şi partea superioară a pieptului.*

c) *Chemosis şi injectarea conjunctivelor.*

d) *Edemul glotei şi abcesul retro-faringian,* foarte periculoase, sunt notaţiuni excepţionale.

e) *Timp de câteva săptămâni: dureri cervicale; jena deglutiţiei şi a respiraţiei; răguşirea până la afonie* (o femee a rămas complect mută timp de 4 zile — *Pellier*). — Uneori *pierderea odoratului.*

f) *Parotida sfaceloasă* care ulterior poate deveni mortală.

g) *In caz de ruptură a tunicii interne a carotidelor,* pot surveni tromboze şi embolii.

Fig. 140. — Vederea nodului făcut pe ceafă la victima strangulării cu o legătură, posterioară strangulării cu mâna (vezi clişeele No. 138 şi 139).

h) *Turburări auditive* consecutive hemoragiei în spaţiul perilimfatic.

i) *Pneumonia lobară* care apare după câteva ore.

j) *Pierderea cunoştinţei* care, după împrejurare, durează câteva minute, câteva ore, câteva zile (un caz de moarte tardivă după 30 zile de stare comatoasă—*Hofmann*). De regulă, moartea aceasta tardivă e cuzată de un edem cerebral.

k) *Convulsiuni tonice sau clonice, trismus cu muşcarea limbii.*

l) *Confuzia mintală, amnezia, agitaţia.*

m) *Incontinenţa fecală şi urinară.*

D. Etiologia

a) **Crima.** — Indeosebi frecventă în *pruncucidere.* — *Adultul:* numai în caz de surpriză sau într'o stare care-l pune în imposibilitatea de a se apăra și rezista; strangularea e însoțită de alte violențe, uneori și de sufocare.

b) **Sinuciderea.** — Ori cât ar părea de curioasă, sinuciderea prin strangulare e ilustrată cu numeroase observații (îndeosebi în închisori și în azilurile de alienați).

Legătura întrebuințată e din cele mai variate (o femee s'a servit de propriile ei cozi — *Edel*). — Sinucigașul exercită tracțiunea sau direct cu mâna asupra capătului liber al lațului; sau își prinde capătul liber de unul din picioare; sau trece prin cele două capete ale legăturii o bucată de lemn, o vergea de fier, o lingură, o furculiță, o cheie, etc., și răsucește până se strânge lațul. Uneori sinucigașul cu o mână își astupă gura și nările, iar cu cealaltă strânge legătura. Un caz de auto-strangulare precedată de o tăietură adâncă în partea anterioară a gâtului (*Schoenfeld*). O femee, deși îi lipseau 4 degete la mâna dreaptă, a fost totuși în stare să se stranguleze, servindu-se de această mână (*Tardieu*).

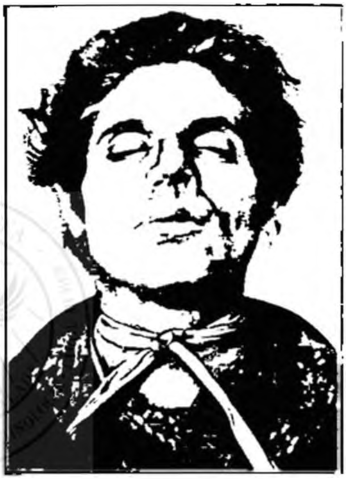


Fig. 141. — Strangulare (sinucidere) cu o legătură (cu nod dublu).

Pentru auto-strangulare nu e numai decât nevoie de tracțiunea manuală sau pedală, ajunge ca pentru obținerea constricției gâtului sinucigașul să recurgă la orice mijloc de comprimare:

1. O fată de 25 ani. Și-a făcut trei circulare cu o frânghie, prinzând unul din capete de un butuc, iar celalt, mai lung, în jurul corpului unei oi care păștea — *Arambasin* — 2. Un alienat și-a vârât capul prin ochiul unei gratii și a apăsat gâtul de marginea de jos — *Herschmann*, 1914. — 3. Un deținut a ridicat patul, a vârât capul sub el și apoi i-a dat drumul astfel ca marginea să cadă pe gât — *Zaengerke*, 1925.

c) **Diagnosticul diferențial între crimă și sinucidere.** — 1. *Absența neelucidată a legăturii în momentul descoperirii cadavrului* e un indiciu serios de crimă.

2. *Prezența unor urme de violențe,* identificate ca având ca autor o mână streină (în deosebi în atentatele la pudoare) e o dovadă de crimă.

3. *Natura legăturii.* Atunci când se poate identifica persoana streină, căreia legătura a aparținut cu puțin înainte de strangulare, e un indiciu de crimă.

4. *Forma specială a nodului, în caz de strangulare cu laț, trădează pe autor.*

5. *Găsirea în preajma cadavrului, pe cadavru, în mânile sau între dinții mortului a unor elemente revelatoare de prezența unei alte persoane.*

d) Mistificarea. — Uneori strangularea cu legătura e simulată fie asupra cadavrului unei persoane omorite pe altă cale, fie de însăş pretinsa victimă găsită în viaţă.

1. O persoană sucombă unei fracturi craniene, consecutivă unei violente lovituri aplicate pe cap. Asasinul, spre a simula auto-strangularea, pune laţul făcut cu o frânghie în jurul gâtului victimei, iar capătul liber il leagă de coapsă — *Tardieu.*

2. Un individ după ce'şi leagă singur picioarele şi mâinile, işi face cu o altă sfoară nu mai puţin de 10 circulare, dar fără inodarea capetelor libere — *Devergie.*

e) Accidentul. — Tipice sunt observaţiile lui *Taylor, Gordon Smith, Casper, Maschka Hofmann.*

1. Un copil, jucându-se, işi petrece pe după gât laţul făcut cu o curea, iar de capătul liber prinde o greutate mai mare: aceasta din urmă, alunecând, cauzează strangularea.

2. O fată duce în spinare un coş plin cu peşte, prins în jurul gâtului cu ajutorul unei curele. Fata, spre a se odihni, se aşează pe marginea unei împrejurimi de zid; coşul alunecă pe spate şi prin strângerea curelei provoacă strangularea.

3. O alienată, culcată în cămaşa de forţă, prinsă cu chingi de pat, se zbate să se dea jos şi prin această sforţare, se strangulează.

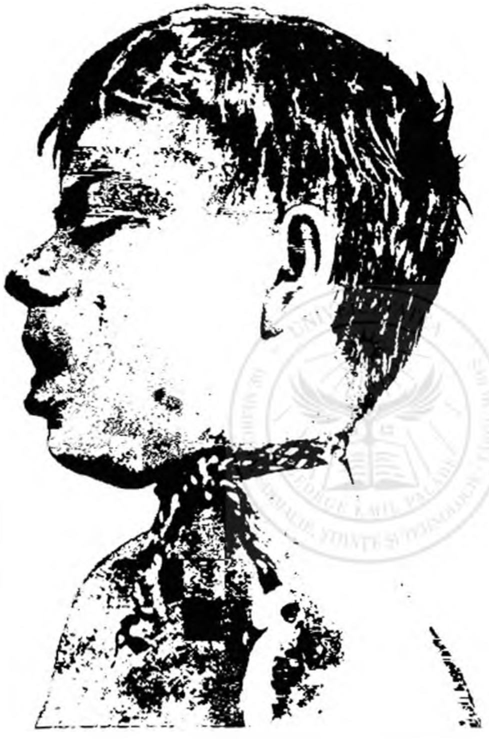


Fig. 142. — Strangulare (crimă) cu o legătură, combinată cu sufocarea cu mâna.

4. Un copil de 13 luni. Prin mişcările făcute în somn panglica dela gulerul cămăşii se strânge şi copilul moare strangulat.

5. Un epileptic. In cursul accesului, gâtul se umflă şi e comprimat de gulerul scrobit.

6. Un copil de 7 luni cade din pătuţ şi nimereşte cu gâtul între două stinghii ale unui scaun din imediata apropiere.

f) Pedeapsa legală. — Pedeapsa cu moartea prin strangulare mai e azi în vigoare în Spania: instrumentul de supliciu e un cerc de fier pus în jurul gâtului condamnatului — cerc care e strâns de călău cu ajutorul unui şurub.

E. Diferenţiarea strangulării de spânzurare

Diagnosticul acesta, în cazurile la început obscure, are o importanţă capitală: asasinul, spre a induce în eroare, după ce şi-a strangulat victima, o spânzură, spre a simula sinuciderea.

Elementele de diferenţiare mai mult sau mai puţin concludente, după caz, sunt:

5. Şanţul dela gât

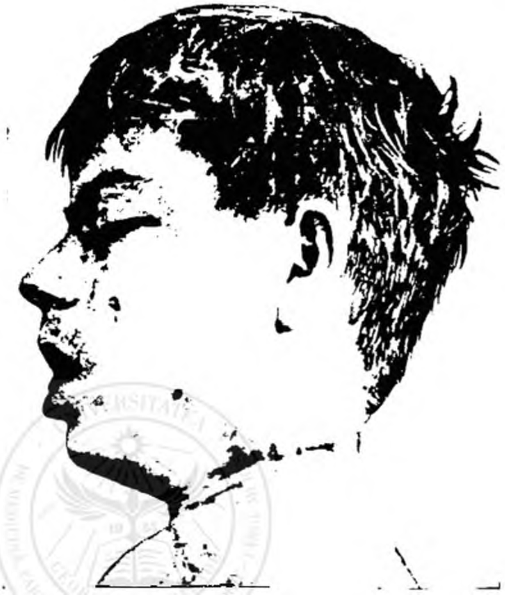


Fig. 143. — Urmele strangulării cu legătura şi ale sufocării cu mâna, pe gâtul şi faţa victimei din clişeul No. 142.

1. **Direcţia.** — De regulă, orizontal în strangulare, şanţul, în spânzurare, e oblic ascendent, *niciodată descendent.* Element nu întotdeauna concludent: *a)* în strangularea cu tragerea laţului în sus, şanţul poate fi oblic ascendent, după cum poate fi oblic descendent prin tracţiunea în jos; *b)* un şanţ orizontal se poate nota, după cum vom vedea, în spânzurarea numită incomplectă.

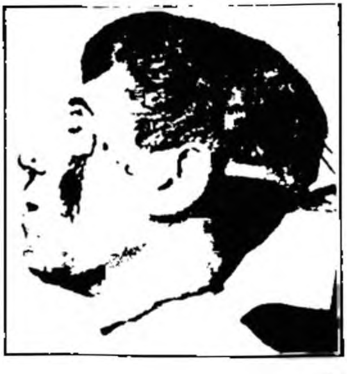


Fig. 144. — Şanţul strangulării cu o legătură şi leziunile faciale ale sufocării cu mâna (crimă).

2. Numărul amprentelor nu e concludent pentru teza strangulării, decât numai atunci când ele au o direcţie mai mult sau mai puţin unică. Pentrucă s'au notat — excepţional e adevărat — cazuri de sinucidere prin spânzurare cu şanţ dublu şi chiar triplu:

1. Spânzurarea cu un şanţ orizontal şi unul oblic ascendent — *Orfila, Exquirol.* — 2. Două şanţuri, explicate prin dispoziţia legăturii: capetele, mai întâiu încrucişate

pe gât în formă de X, au fost aduse la spate până la punctul de suspendare — *Strasmann.* — 3. Sinuciderea prin spânzurare a unei femei: 2 șanțuri orizontale și unul ascendent dinapoi înainte — *Erhardt.*

3. **Nivelul la care se găsește șanțul.** — **De regulă**, în strangulare, șanțul se formează pe laringe; în spânzurare, deasupra acestuia.

4. **Soluția de continuitate.** — Numai excepțional întrerupt în strangulare, șanțul spânzurării prezintă de obiceiu o mare soluție de continuitate.

5. **Adâncimea.** — Foarte pronunțată în șanțul spânzurării, cu maximul ei în partea opusă nodului, adâncimea șanțului strangulării e mai mult sau mai puțin uniformă.

6. **Pergamentarea**, excepțională în strangulare, e frecventă în spânzurare.

b) **Cianoza feței, echimozele pleoapelor și ale conjuctivelor**

Aproape caracteristice strangulării, semnele acestea sunt inconstante în spânzurare; numai în 20% în spânzurarea cu nodul la ceafă și numai în 30% din cazurile de spânzurare cu nodul anterior sau lateral.

c) **Congestiunea pericraniului, a meningelor și a creerului**, foarte pronunțată în strangulare, e excepțională și de o intensitate variabilă în spânzurare.

d) **Hemoragia în părțile moi ale gâtului**, de regulă în strangulare, e excepțională în spânzurare (2% în spânzurarea cu *nodul* la spate și 12% în cea cu nodul anterior sau lateral).

e) **Fracturile laringelui și ale osului hioid**, rare în strangulare, sunt foarte frecvente în spânzurare (60% cu nodul la spate, 30% cu nodul anterior ori lateral).

f) **Ruptura tunicii interne a carotidelor**, aproape cu totul absentă în strangulare, se notează destul de frecvent în spânzurare (20—25%).

g) Insfârșit **elementele anamnezice și examenul exterior al cadavrului, al hainelor acestuia precum și inspecția locului** concură la desăvârșirea demonstrației.

F. Sufocarea strangularea

Nu odată se întâmplă ca asfixia să fie consecutivă unei acțiuni combinate: sufocarea asociată cu strangularea. — Următoarele două eventualități se pot concepe:

a) *Sufocarea e simultană cu strangularea:* 1) cu o mână (sau cu o legătură) îl strânge de gât, iar cu cealaltă mână apasă pe gură şi nări; 2) cu legătura cu care strangulează victima îi astupă şi orificiile aeriene (gura şi nările); 3) cu corpi streini îi astupă gura şi nările, iar cu mâna ori cu o legătură îl strangulează.

b) *Sufocarea e premergătoare sau posterioară strangulării.*

3. SPÂNZURAREA

Asfixie mecanică din aceeaş grupă cu strangularea, spânzurarea are drept caracteristică esenţială numai modalitatea în care se exercită tracţiunea al cărei efect e constricţiunea cervicală: pe când, după cum am spus-o (definiţia strangulării), în strangulare tracţiunea e produsul unei energii *active* (streine sau proprii), în spânzurare, tracţiunea legăturii — care e prinsă de un punct fix — e produsul unei energii *pasive*, care e însăş greutatea corpului celui asfixiat.

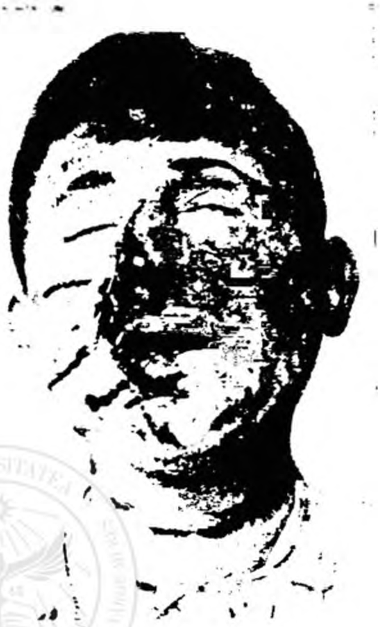


Fig. 145. — Şanţul strangulării cu o legătură şi leziunile făcute pe faţă în sufocarea cu mâna (crimă).

A. Elementele diagnosticului sumar

1. Punctul de fixare a legăturii

După cum se va vedea, nu e neapărată nevoie ca legătura să fie prinsă de un punct de suspensiune, pentrucă există o formă a spânzurării — după poziţia ce o ia corpul — în care asfixia e realizată şi fără *ca tracţiunea să fie exercitată prin corpul atârnat.* Căci ceeace importă pentru caracterizarea spânzurării e ca numai şi numai greutatea corpului propriu să aibă rolul precumpănitor în strângerea juvăţului în jurul gâtului.

Vom deosebi dar:

a) Punctul de suspensiune care poate fi: un cârlig prins în tavan, un cârlig bătut în zid. în gard; un cârlig, un piron bătut într'un stâlp; o grindă, o cracă de copac, treapta unei scări, fereastra, uşa, burlanul bine înţepenit al unei sobe; un băţ, un lemn, un drug de fier, o ţeavă pusă deacurmezişul canaturilor deschise ale uşii; o frânghie groasă prinsă de câte un cârlig bătut în două ziduri opuse; bara fixă (de gimnastică), etc. etc.

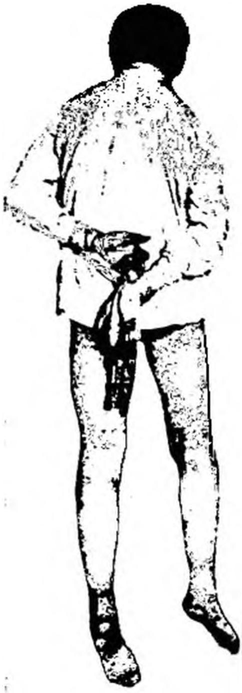


Fig. 146. — Spânzurare-sinucidere complectă: in prealabil sinucigaşul şi-a legat singur mâinile la spate.

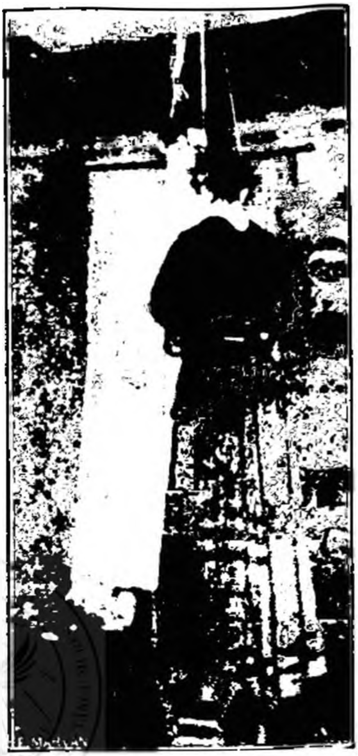


Fig. 147. — Spânzurare dublă (două surori).

b) Orice alt punct de fixare: capătul liber al legăturii e prins de bara dela capătul unui pat de fier, de piciorul patului, de piciorul unui dulap, al unei sobe grele de fier; de piciorul unei mese sau al unui scaun înţepenit; de un cârlig bătut într'un perete, într'un gard la o mică depărtare de sol; capătul liber prins de clanţa uşii, de mânerul unei lăzi de bani; capătul liber

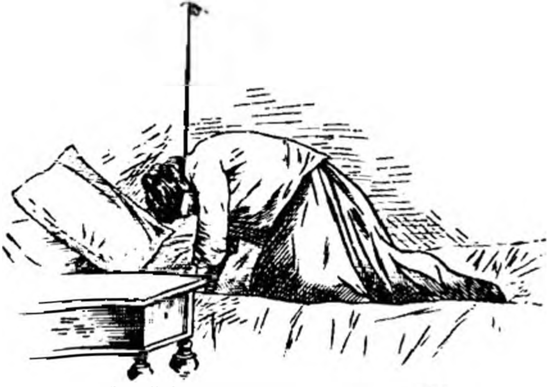


Fig. 148. — Spânzurare incomplectă: în pat, cu faţa în jos şi sprijinită în mâni şi în genunchi.

înfăşurat şi înodat în jurul unei sobe fixe, al unei lăzi de bani, al unui dulap greu, de trunchiul unui copac, etc.

II. Poziţia corpului în executarea spânzurării

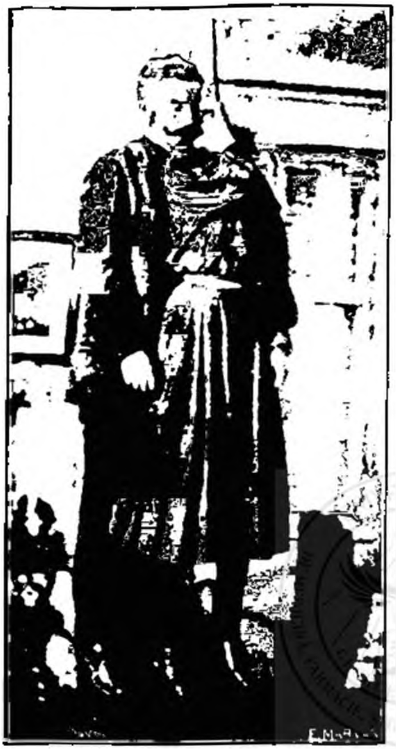


Fig. 149. — Spânzurare dublă (bărbat şi femee) cu două laţuri prinse de acelaş cuiu.

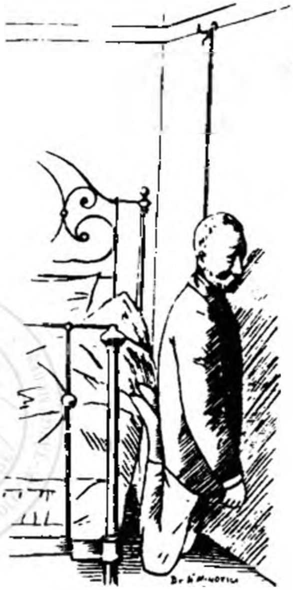


Fig. 150. — Spânzurare complectă: sinucigaşul şi-a adus dinadins picioarele la spate spre a fi mai sigur că nu va da greş: genunchii nu atingeau pardoseala, iar vârfurile picioarelor atingeau marginea patului.

Tocmai pentrucă, în ce priveşte punctul de fixare a capătului liber al legăturii, spânzurarea se poate realiza în două feluri, urmează că şi corpul va avea două poziţii caracteristice: una *verticală* şi alta *orizontală* sau *oblică* (în această din urmă poziţie, atunci când, picioarele rămânând pe sol sau pardoseală, capătul liber al legăturii, prins de un punct lateral, nu e

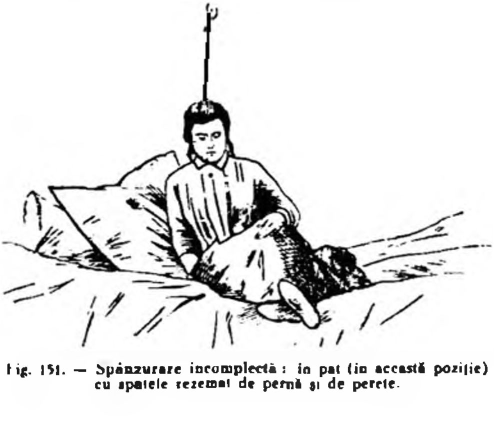


Fig. 151. — Spânzurare incomplectă: în pat (în această poziţie) cu spatele rezemat de pernă şi de perete.

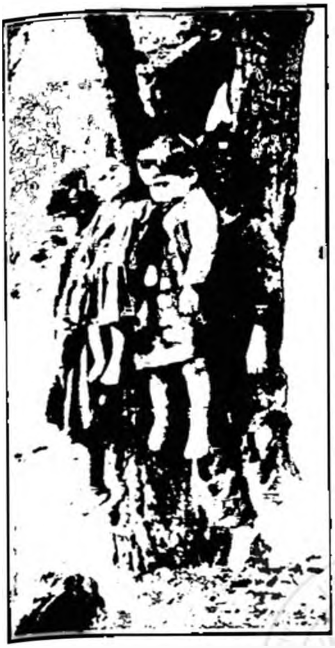


Fig. 152. — Spânzurare quadruplă (crimă): 4 copii spânzurați de propriul lor părinte.

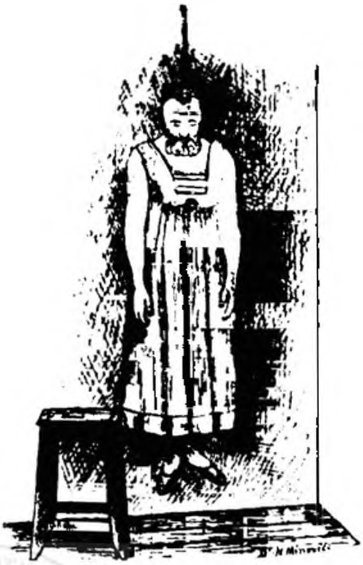


Fig. 155. — Spânzurare completă: lângă sinucigaș — un bărbat care și-a pus o cămașă de femee — se vede scaunul pe care se urcase.

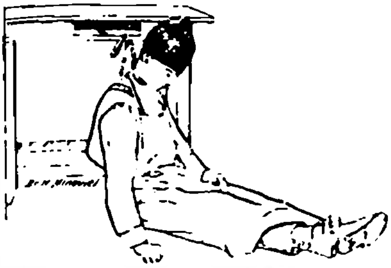


Fig. 154. — Spânzurare incompletă: un ucenic de cismar spânzurat cu o curea prinsă de o masă grea care se găsea în curtea atelierului.

destul de lung spre a permite capului să ajungă la nivelul pardoselii sau al solului).

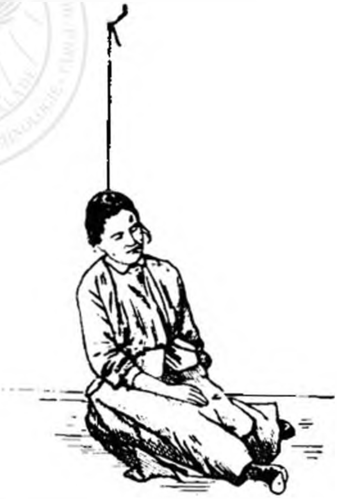


Fig. 155.— Spânzurare incompletă: în această poziție, pe dușumea, a fost găsit cadavrul sinucigașei care fixase legătura de un cuiu bătut în zid.

Exemple de ciudățenii de spânzurare: 1) o femee, culcată, cu capul aplecat peste marginea patului, și l'a pus într'un laț prins de un scaun și apoi, smucindu-se, a provocat strângerea lațului (*Maschka*); 2) o femee, întinsă pe pardoseală, și-a trecut capul printr'un laț prins de marginea patului și apoi s'a smucit

(Roth); 3) un bărbat se urcă pe un scăunel, își leagă picioarele cu capătul unei frânghii, iar cealaltă extremitate a acesteia, prevăzută cu un laț, o trece deasupra unei grinzi; își trece capul prin laț, răstoarnă scăunelul și rămâne spânzurat; o poziție botezată „în glondolă" *(Pontoni)*; 4) unul și-a prins lațul de o barieră a liniei ferate și a așteptat ridicarea barierei, spre a rămâne astfel spânzurat.

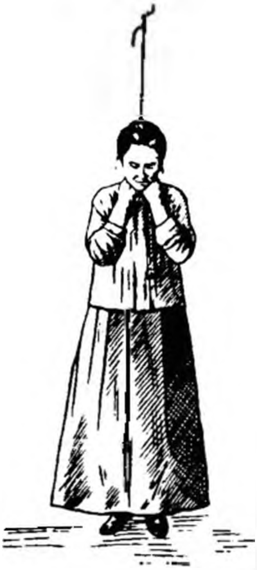


Fig. 156. — Spânzurare incomplectă. sinucigașa și-a vârât ambele mâini între laț și gât.

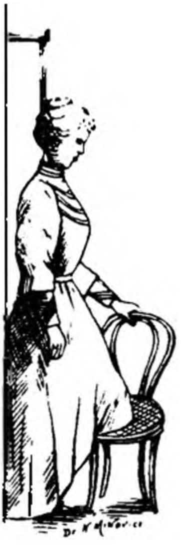


Fig. 157. — Spânzurare incomplectă de un piron bătut în zid, cu legătura formând două circulare în jurul gâtului, cu mâna stângă pe speteaza scaunului și cu genunchiul stâng pe fundul scaunului.

A. In poziția verticală, deosebim două specii de spânzurare: a) *complectă*, atunci când picioarele nu ating solul; b) *incomplectă*, atunci, când cu picioarele ori cu o parte oarecare a corpului spânzuratul atinge solul.

Ca varietăți de spânzurare incomplectă cităm, după observațiile făcute: 1) cu vârful picioarelor atingând solul; 2) cu picioarele desfăcute și sprijinite de pământ; 3) cu un picior pe un scaun și cu celălalt înălțat puțin deasupra pardoselei: 4) cu picioarele muiate în poziție de semi-ingenunchiare; 5 îngenunchiat; 6) aproape pe vine; 7 cu genunchii de parchet, cu picioarele întinse și cu mâinile la spate; 8) cu șezutul pe sol; 9) îngenunchiat și cu mâinile sprijinite de sol.

B. In poziția orizontală sau oblică se pot nota următoarele varietăți: 1) culcat în pat, culcat pe jos; 2) culcat pe scări în pantă (capătul liber al legăturii fiind prins de un cârlig bătut pe una din trepte sau de o bară a balustradei).

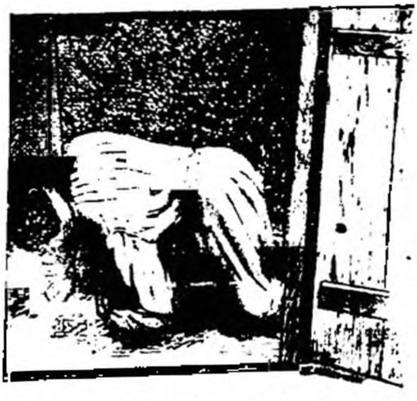


Fig. 158. — Spânzurare incomplectă într'o magazie.

C. Spânzurarea multiplă cu aceeaș legătură. — 1. Deși rare, totuși s'au notat cazuri de *spânzurare dublă* cu aceeaș legătură, prevăzută cu unul sau două lațuri (două persoane urcate pe câte un scaun deoparte şi pe alta a uşii deschise peste care au aruncat frânghia prevăzută cu două laţuri, pe cari şi le-au aşezat pe gât; o spânzurare dublă cu acelaş laţ, cu capătul liber prins de craca unui copac).

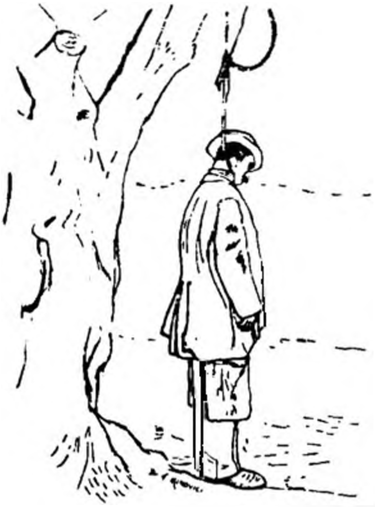


Fig. 159. — Spânzurare incomplectă, de un copac.

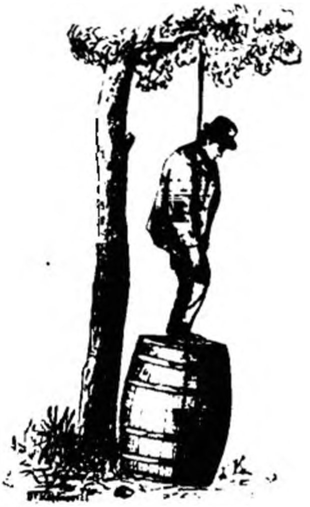


Fig. 160. — Spânzurare incomplectă: sinucigaşul, spre a prinde frânghia de craca unui copac şi a-şi pune gâtul în laţ, s'a urcat pe un butoiu; îndoind genunchii, a realizat spânzurarea.

2. Excepţional se înregistrează cazuri de spânzurare triplă, quadruplă (cu două laţuri).

III. Poziţia corpului după instalarea morţii

In oricare din cele două forme ale spânzurării, notăm:

a) Dacă laţul mai e în jurul gâtului şi dacă legătura mai e prinsă de punctul de fixare.

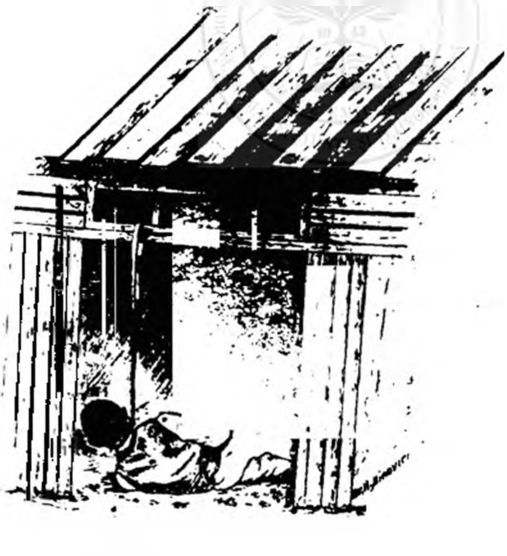


Fig. 161. — Spânzurare incomplectă, în poziţia de decubitus lateral: sinucigaşul se spânzurase de pragul de sus al unui şopron (legătura confecţionată dintr'o frânghie lungită cu o cârpă răsucită).

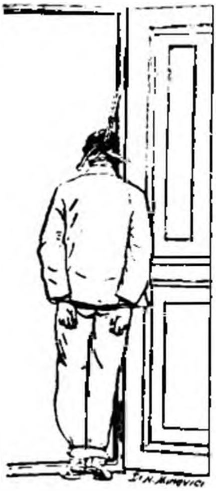


Fig. 162. — Spânzurare incomplectă de balamaua ușii: un croitor, după ce și-a legat picioarele, și-a vârât capul în laț, apoi și-a trecut mânile la spate într'o legătură cu dublu laț; în urmă s'a smucit provocând spânzurarea.

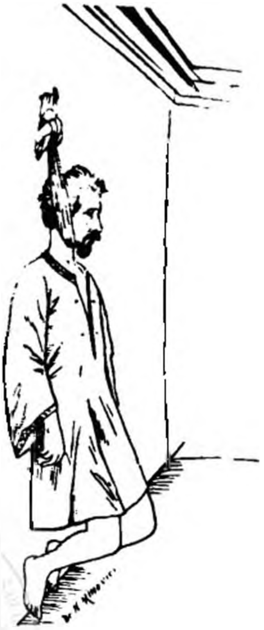


Fig. 164. — Spânzurare incomplectă (lațul făcut dintr'un șervet, trece numai sub bărbie).

b) Eventuala prezență a obiectelor din preajma cadavrului.

c) Poziția capului: acesta e de regulă înclinat în partea în care lațul a exercitat presiunea mai mare (sub bărbie) — *cu nodul pe ceafă*; pe partea posterioară a gâtului sau lateral — *cu nodul în față sau lateral.*

1. În spânzurarea complectă se notează cu exactitate: *a*) înălțimea punctului de suspensiune; *b*) lungimea legăturii; *c*) talia spânzuratului și distanța ce mai separă picioarele de sol; *d*) dacă legătura se putea întinde, astfel ca după instalarea morții, picioarele, la început deasupra solului, să fi avut posibilitatea de a-l atinge pe acesta; *e*) poziția brațelor cari de obiceiu sunt lipite de corp, cu mânile crispate și cu unghiile înfipte în epiderma palmei; *f*) ușoara flexiune a membrelor inferioare, cărora hipostaza sanguină le dă o colorație violacee.

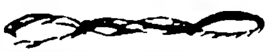


Fig. 163. — Cârpa răsucită și cusută cu care sinucigașul (croitorul din clișeul No. 162) și-a legat în prealabil mânile la spate, trecându-le prin cele două lațuri.

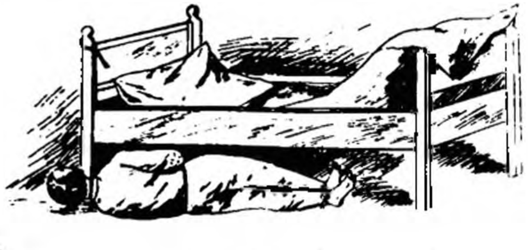


Fig. 165. — Spânzurare incomplectă: Sinucigașul — care-și legase singur picioarele — a fost găsit întins jos pe dușumea, dealungul patului.

2. În spânzurarea incomplectă se notează toate particularitățile locului de spânzurare.

IV. Legătura

Examenul legăturii are o deosebită importanță, atunci când ea nu se mai găsește pe individul spânzurat; grație acestui examen expertul are putința, prin comparația cu urma lăsată pe gât, să verifice dacă în adevăr se găsește în prezența legăturii care a servit la spânzurare. Uneori, fie dintr'un interes inavuabil, fie în scop de mistificare, legăturii adevărate se substituie una ocazională sau una *ad hoc* confecționată.—Legătura poate să și dispară cu totul și atunci, după urmele lăsate de ea pe gâtul spânzuratului poate fi identificată cu o mai mare sau mică probabilitate.

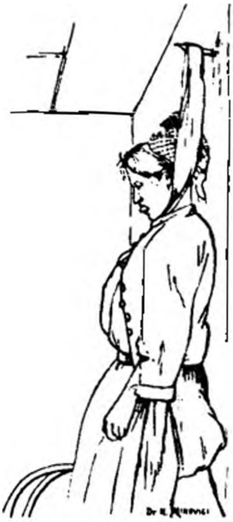


Fig. 166. — Spânzurare complectă: legătura — confecționată dintr'o bucată din fusta cu care sinucigașa era îmbrăcată — *trece numai sub bărbie.* (Limba ieșită din gură.)

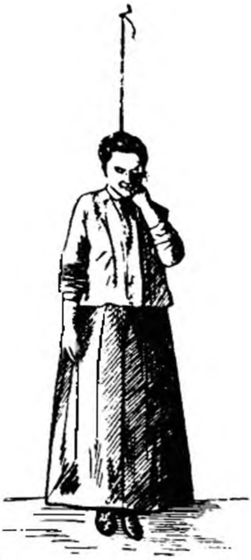


Fig. 167. — Spânzurare incomplectă, *cu mâna stângă vârâtă între laț și gât.*

1. Natura legăturii e din cele mai variate: frânghie, sfoară,

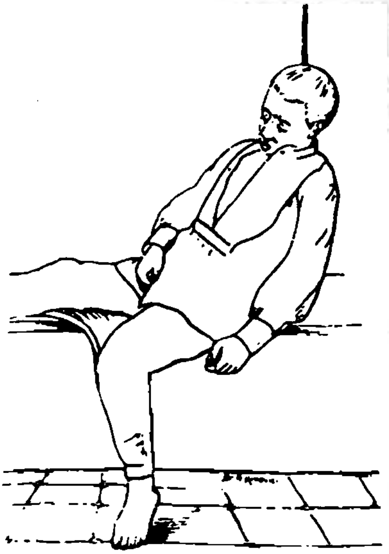


Fig. 168. — Spânzurare incomplectă: cu un picior întins pe pat și cu celalt atârnat afară din pat.

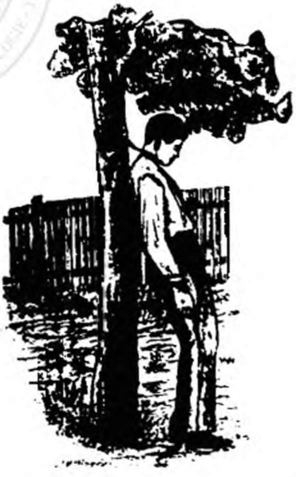


Fig. 169. — Spânzurare incomplectă: legătura, prinsă de trunchiul copacului cu scoarța udată de ploaie, a alunecat în momentul spânzurării și sinucigașul a luat poziția indicată pe clișeu.

sârmă, curea, brâu, bete, șiret de transparent, șiret obicinuit, fitil de lampă, şiret gros împletit, prosop, o făşie răsucită dintr'un cearşaf, cravată, chingă, etc.

Deobiceiu *simplă*, legătura poate fi şi *combinată:* frânghie unită cu un şiret de corset; sfoară groasă combinată cu bete, cu o basma, cu un tulpan, etc.

2. **Laţul**, cu nod culant sau nod fix, e în marea majoritate a cazurilor format dintr'o singură circulară; numai excepţional se văd circulare multiple.

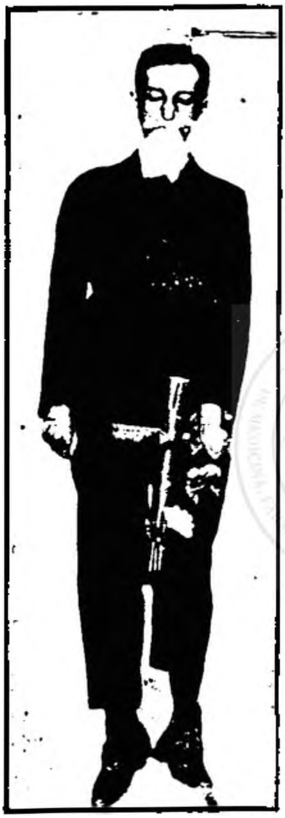


Fig. 170. — Spânzurare incompletă (într'un cavou, în cimitirul Belu din Bucureşti).

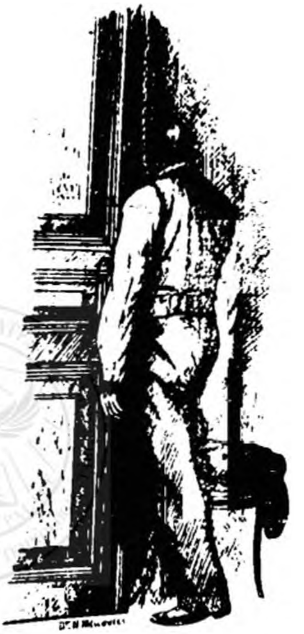


Fig. 171. — Spânzurare incompletă: cu frânghia prinsă de marginea uşii deschise şi cu genunchiul drept pe un scaun.

3. Nodul, de regulă în partea posterioară a gâtului, se poate găsi, excepţional, şi în partea dinainte sau pe una din părţile laterale. — In spânzurarea ca pedeapsă capitală, nodul e fixat sau în faţă, sub bărbie, sau în spate, pe ceafă.

După regiunea în care se află fixat nodul, deosebim: *spânzurarea tipică* (nodul la ceafă); *spânzurarea atipică* (nodul în faţă sau lateral).

Se notează *forma nodului*, pentrucă, existând aşa zise noduri profesionale, această particularitate poate servi ca element de identificare a mortului sau a eventualului criminal.

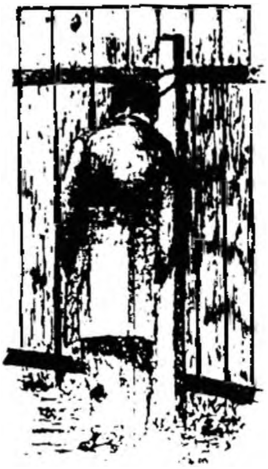


Fig 173. -- Spânzurare incomplectă: de uluce şi cu picioarele atingând pământul.

Nu odată am izbutit ca, graţie acestui element, să servim justiţia şi familia mortului necunoscut, a cărui identitate s'a putut astfel stabili.

4. Circulara, unică sau multiplă, poate fi prinsă direct de punctul de fixare, iar sinucigaşul îşi trece capul prin ea şi se spânzură.

5. Asfixia se produce şi atunci când laţul nu se fixează perfect în jurul gâtului, *ci oblic, peste faţă*.

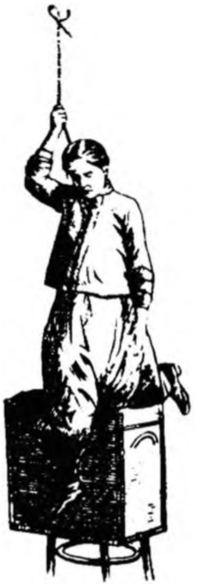


Fig. 172. — Spânzurare incomplectă: spre a fixa frânghia de cârligul din tavan al lămpii, sinucigaşa s'a urcat pe un coş pus pe un scaun; în momentul când a făcut mişcarea de a'şi da drumul, moartea a surprins-o şi a rămas în poziţia ce se vede.

V. Semnele proprii spânzurării

1. Şanţul

E stigmatul cacaracteristic. (*Pentru diferenţiarea şanţului adevărat de şanţul patologic, artificial, natural şi putrefactiv, precum şi pentru diferenţiarea şanţului spânzurării de acela al strangulării cu o legătură, vezi: „Strangularea“*).

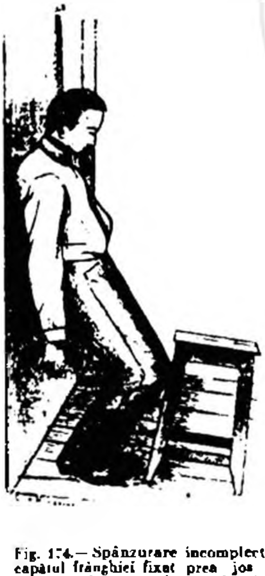


Fig. 174.— Spânzurare incomplectă: capătul frânghiei fixat prea jos într'un cuiu bătut în zid; corpul răzimat de zid.

a) **Absenţa totală sau parţială.** — Şanţul poate lipsi *total:* atunci când spânzurarea a fost de prea scurtă durată; când laţul e moale sau între laţ şi gât s'a interpus un corp moale (gulerul moale dela cămaşe, o batistă, un fular, barba). În acest din urmă caz, nu se observă decât o amprentă palidă care dispare curând după moarte. — Lipsa *parţială* a şanţului se explică fie prin compresiunea inegală, dintr'o împrejurare ori alta, fie prin confecţionarea laţului din bucăţi de consistenţă diferită (moale şi aspră).

b) **Persistenţa şanţului în carbonizare.** — Dacă a existat, şanţul persistă şi in carbonizarea cadavrului. atunci când laţul a rămas şi el pe gât.

c) **Persistenţa şanţului în putrefacţie**, chiar în cea avansată, dar atunci conturul lui se şterge, uneori până la dispariţia complectă. (Urmele şanţului s'au mai putut nota într'o desgropare practicată la 2 luni dela spânzurare). Şederea prelungită a cadavrului în apă şterge şanţul.

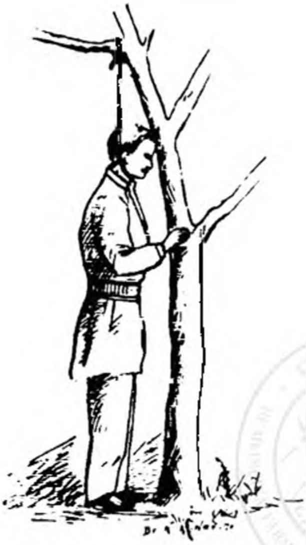


Fig. 175. — Spânzurare incomplectă: sinucigaşul găsit cu mâna dreaptă pe trunchiul copacului.

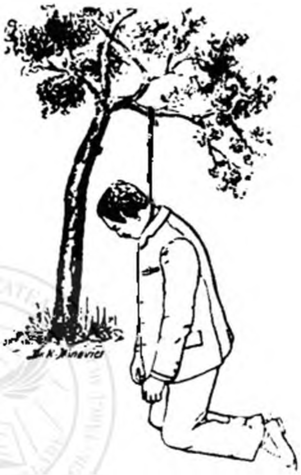


Fig. 176.—Spânzurare complectă transformată în incomplectă: din cauza flexibilităţii crăcii, care a cedat greutăţii corpului, acesta din urmă a luat poziţia în genunchi.

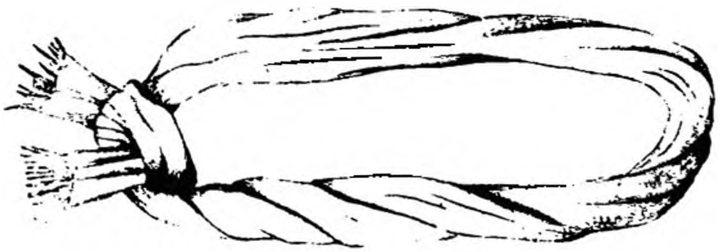


Fig. 177. — *Legătura*: un prosop răsucit.

d) **Numărul şanţurilor.** — De regulă unic, şanţul poate fi excepţional şi multiplu, după numărul circularelor. Intervalul dintre şanţuri prezintă o creastă. Dacă circularele se suprapun sau sunt strâns alăturate una de alta, se poate nota numai un singur şanţ laţ. — Dimpotrivă, o singură circulară poate lăsa o amprentă dublă, atunci când, în cursul spânzurării, laţul se deplasează.

e) Situaţia. — Şanţul, din cauza deplasării laţului în timpul tensiunii lui, se notează de regulă deasupra laringelui, la marginea inferioară a corpului tiroid. Numai excepţional pe însuş laringele, îndeosebi când există la gât tumori, limfomi.

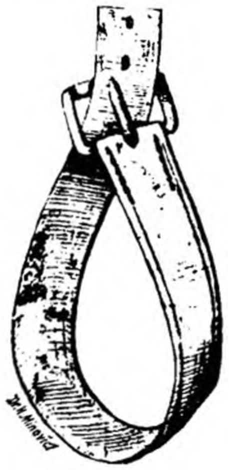


Fig. 178. *Legătura:* o curea.

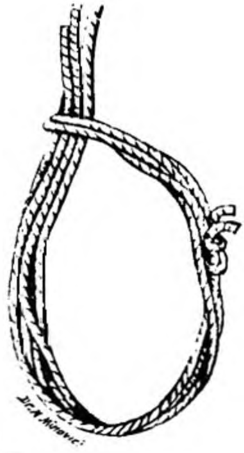


Fig. 179. *Legătura:* o sfoară pusă în patru.

f) **Direcţiunea.** — Indiferent de locul unde se află nodul, *în spânzurarea complectă* şanţul e totdeauna oblic ascendent; *în spânzurarea incomplectă*, numai excepţional poate fi întrucâtva orizontal. — Iarăş excepţional, în şanţul dublu, se poate înregistra o amprentă normală, oblică, şi una mai mult sau mai puţin orizontală.

g) **Lăţimea** e în funcţiune de însuş diametrul sau lăţimea laţului şi de consistenţa acestuia (un laţ făcut dintr'o curea moale sau o bucată de postav ori pânză, în timpul tracţiunii, se strânge şi astfel lăţimea şanţului e mai mică decât cea iniţială a juvăţului.

h) Adâncimea e în funcţiune de gradul de strâmtare a laţului, de greutatea corpului şi de durata spânzurării.

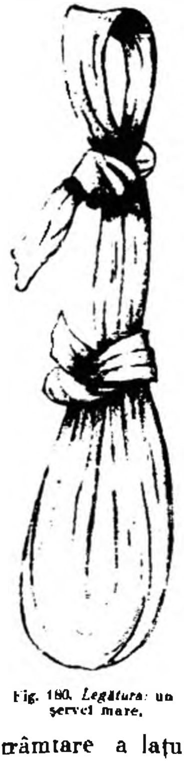


Fig. 180. *Legătura:* un şervet mare.

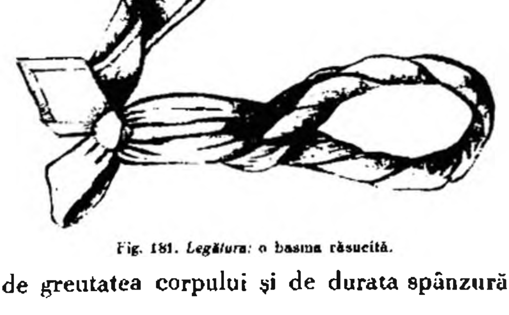


Fig. 181. *Legătura:* o basma răsucită.

Adâncimea, precum am arătat, e inegală. — Excepțional adâncimea poate fi excesivă, șanțul pătrunzând profund în musculatura gâtului (laț de sfoară. sârmă).

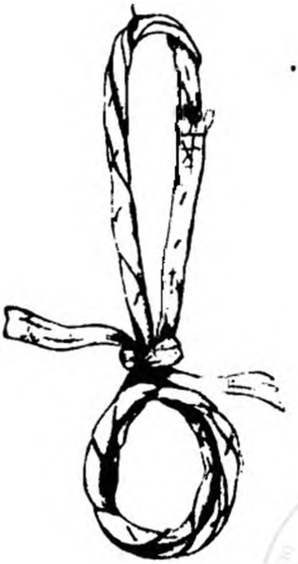


Fig. 182.—*Legătură confecționată din căptușală de dril și constituită din două părți:* cea de jos, înfășurată de două ori în jurul gâtului, forma lațul propriu-zis, cea de deasupra, înnodată la ceafă, a servit la prinderea întregii legături de punctul de suspensiune (balamaua ușii).

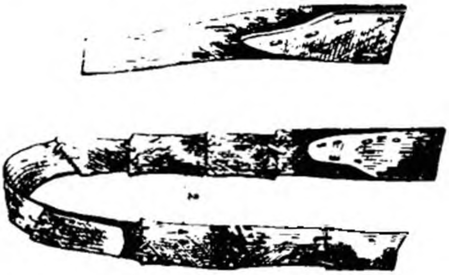


Fig. 184. — Identificarea legăturii care a servit la spânzurare se face prin examinarea adâncimii și lărgimii șanțului. Această identificare e uneori necesară pentru înlăturarea încercării de mistificare, atunci când toată legătura sau numai parte din ea a dispărut. Mobilul unei atari tentative de substituire poate fi și superstiția ca în cazul cu fragmentele de legătură aci reproduse. Însuși comisarul care venise să facă ancheta preliminară, după ce a desprins cadavrul, a desfăcut legătura, o curea, și cu propria lui mână a tăiat-o bucăți împărțind fragmentele între spectatori: oamenii din popor cred în puterea magică binefăcătoare a unei bucăți din juvățul spânzuratului.

Ne mai găsind legătura, Institutul Medico-Legal din București a sesizat parchetul. Strâns cu ușa, comisarul a înaintat a doua zi fragmentul de sus, pe care-l oprise pentru dânsul. La o nouă intervenție, ofițerul de poliție judiciară a luat o altă curea, a fragmentat-o și apoi a cusut între ele bucățile, prezentându-le astfel ca o reconstituire a adevăratei curele. Înșelăciunea n'a prins, pentrucă lățimea pretinsei legături nu se potrivea cu lărgimea șanțului depe gâtul cadavrului.

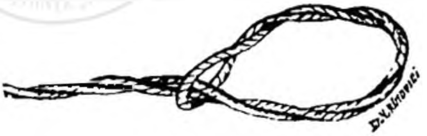


Fig. 185. — *Legătura:* o sfoară pusă în două.

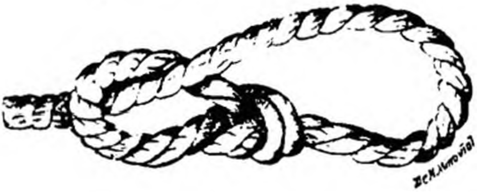


Fig. 186. — *Legătura:* o frânghie groasă.

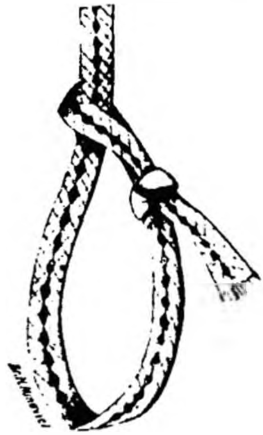


Fig. 183. — *Legătura:* un fitil pe lampă.

i) **Consistența și aspectul.**—Moale, șanțul e palid și vânăt; aspru și pergamentat. șanțul e colorat în diverse nuanțe de cafeniu. Pergamentarea. care se face în 15—60 minute, nu e generală, atunci când lațul fiind confecționat din bucăți aspre și moi, acestea din urmă nu lasă decât o amprentă palidă. Pergamentarea se poate obține și prin spânzurarea unui cadavru.

Rupturile parțiale ale pielei, ce se notează uneori, se explică prin preexistența unei afecțiuni cutanate. — Numai rareori se observă echimoze. In schimb se văd amprentele lăsate de particularitățile lațului: răsucirea acestuia, nodurile eventuale, cusăturile.

Buzele șanțului, îndeosebi cea superioară, au câte o îngustă zonă vânătă.

In caz de șanț dublu, creasta congestionată e sediul unor puncte hemoragice și al unor vesicule umplute cu ser sanguinolent. Infiltrațiunea sanguină a crestei e un semn vital al spânzurării, *cu condițiunea însă ca ea să nu cadă în zona hipostasică.*

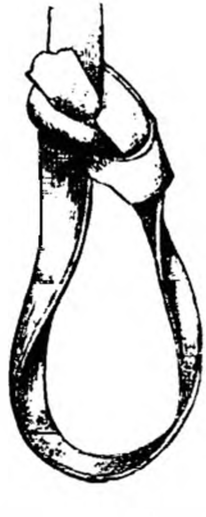


Fig. 187. — *Legătura:* o curea.

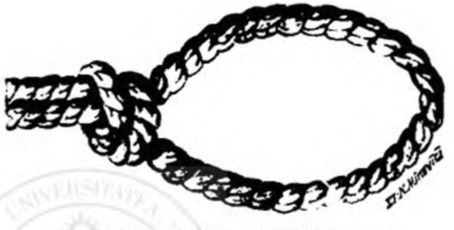


Fig. 188. — *Legătura:* o frânghie groasă.

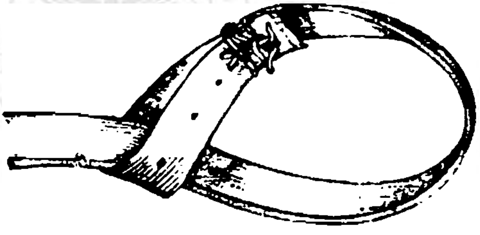


Fig. 189. — *Legătura:* o curea.

2. **Leziunile profunde ale gâtului**

a) *Rupturile cu sufuziuni sanguine vitale* interesând mușchii, carotidele.

b) *Fracturile, deasemenea cu sufuziuni sanguine vitale,* interesând laringele, vertebrele cervicale.

E. însă, de observat: *a)* atât rupturile cât și fracturile pot lipsi; *b)* rupturile și fracturile există, dar lipsesc sufuziunile sanguine, din cauza opririi circulației în carotide.

3. Echimozele retro-faringiene sau prevertebrale de origine vitală. Semn inconstant.

4. Erecțiunea și ejacularea

Chestiunea rămâne controversată (vezi și *vol. I, pag. 591*). Dacă nu punem la indoială temeinicia observațiunilor lui Guyon, Pellier, Bastini, Puppe, Götz, Ziemke (acesta din urmă afirmă chiar că, in pata de spermă, a putut identifica spermatozoizi), stăruim in părerea noastră, că erecțiunea și ejacularea nu sunt un semn specific asfixiei prin spânzurare și că notațiunile acestea sunt fortuite. Invocăm și experiențele concludente ale lui *Orfila*: spânzurând, la 3—4 ore după moarte, cadavre de oameni cari nu sucombaseră asfixiei prin spânzurare, a inregistrat atât o congestiune puternică a organelor genitale cât și coborîrea spermatozoizilor în uretră.

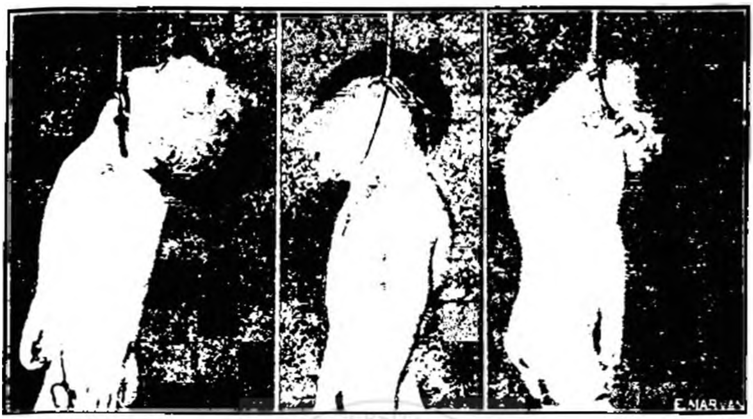


Fig. 190. — Pozițiile lațului și ale nodului in spânzurare: *In stânga*: nodul in fața; *In mijloc*: nodul lateral; *In dreapta*: nodul pe ceafa.

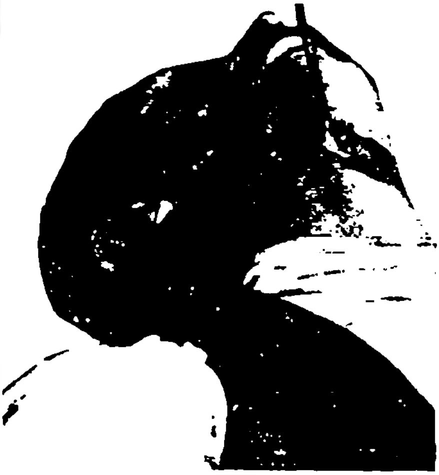


Fig. 191. — Poziția anterioară a lațului: cu nodul sub bărbie, *în spânzurarea complectă*.

* * *

Trebue dar să conchidem cu *Tardieu* că în definitiv, *atunci când ne aflăm în prezența unui șanț unic, nu există* *nici un semn caracteristic hotărîtor pentru diferenţiarea unei spânzurări vitale de una post-mortală.*

VI. Semnele accesorii

1. Semnele de violenţă notate pe haine nu sunt întotdeauna concludente, pentrucă se poate întâmpla ca individul, în urma unui acces de furie, să-şi sfâşie hainele de pe el şi apoi să se spânzure.

2. In ce priveşte leziunile corporale, nu e suficient să se facă dovada naturii lor vitale, pentrucă şi sinucigaşul poate să-şi cauzeze atari leziuni, fie înainte de spânzurare, fie în mişcările convulsive din cursul asfixiei şi când se loveşte de obiectele din preajma lui (leziuni agonice).

a) O alienată îşi dă mai întâiu o lovitură de cuţit în şoldul drept apoi îşi retează treimea anterioară a limbii, îşi bagă în gât o bucată de lemn înfăşurată în feşă şi legată cu aţă, şi numai după aceea se spânzură,

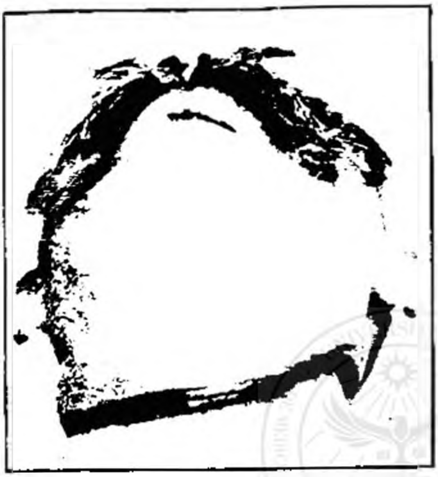


Fig. 192. — Şanţul oblic *(în spânzurarea-sinucidere)*, văzut din faţă

b) La un sinucigaş s'au notat, pe gât, trei amprente rotunde, unite printr'o dungă îngustă: păreau a fi urmele unei strangulări anterioare, dar s'au identificat a fi amprentele a trei nasturi dela gulerul cămăşii *(Hofmann)*.

c) Pe gâtul unui sinucigaş s'au notat amprente de degete: s'a demonstrat că, după ce şi-a pus laţul, a interpus ambele mâni *(Nicolae Minovici)*.

Leziunile, deşi vitale, nu au decât o origine accidentală: prin ruperea legăturii, spânzuratul (în poziţie verticală) cade pe sol şi se produc grave plăgi, fracturi şi rupturi interne de natură contuzivă.

Cât despre leziunile post-mortale, ele pot fi cauzate prin desprinderea stângace a spânzuratului.

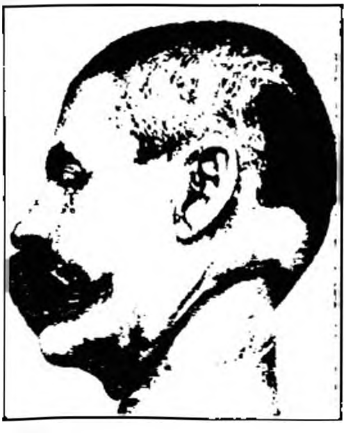


Fig. 193. — Şanţul oblic *(în spânzurarea-sinucidere)*, văzut lateral.

Intr'un caz, sub craca unui copac, s'a găsit capul desprins de trunchiu: s'a demonstrat că nu era vorba de decapitare vitală sau post-mortală, ci de un efect al putrefacției înaintate (*Schauenstein*).

Picioarele și mânile legate iarăși nu sunt o dovadă de spânzurare post-mortală: atari observații de spânzurări vitale au fost făcute de *Nicolae Minovici*. *Bernt*. O observație a lui *Taylor*: unul și-a legat picioarele cu o batistă și a prins de ele bucăți grele de fier.

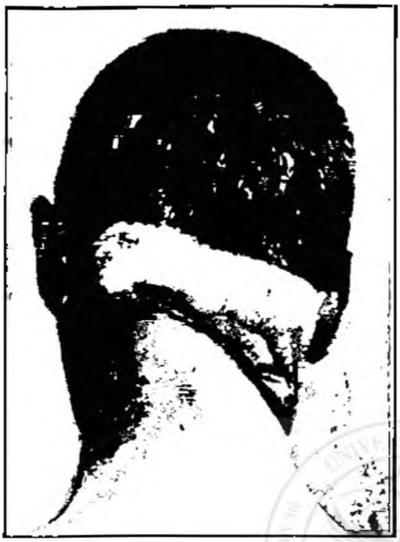


Fig. 194. — Prototipul șanțului în spânzurarea cu nodul pe ceafă: *șanțul e întrerupt la spate.*

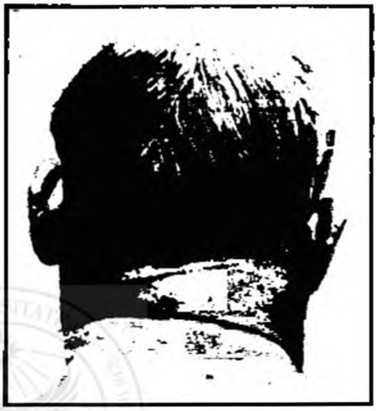


Fig. 195. — Vederea șanțului dublu pe ceafă.

B. Mecanismul morții

Factorii cari, în spânzurare, concură la complecta abolire a funcțiunilor vitale, fie chiar numai la turburarea lor trecătoare (în caz de supraviețuire) sunt: *comprimarea căilor respiratorii, obliterarea până la impermeabilitate a vaselor cervicale, fenomenul inhibitoriu* (acțiunea asupra sistemului nervos). Numai excepțional și într'o anumită formă a spânzurării, se pot nota și leziuni ale măduvii și coloanei vertebrale.

Esențiale sunt cele trei elemente arătate. Rămâne să determinăm rolul fiecăreia din ele, spre a putea conchide care anume e precumpănitoare în deslănțuirea turburărilor și provocarea morții.

Pentru școala vechie, al cărei ultim exponent autorizat a fost Tourdes, factorul hotăritor era turburarea sau suprimarea hematosei, prin stingherirea sau întreruperea complectă a respirației. Experiențele ulterioare, cu animalele, cu cadavrele proaspete și cu persoane vii, au dovedit lipsa de temeiu a acestei preferințe. Îndeosebi, în România, demonstrațiile de auto-spânzurare făcute de Profesorul Nicolae Minovici — ale cărui concluzii au fost unanim adoptate şi in streinătate — au confirmat încheierile la cari au ajuns Hofmann şi Brouardel, că deoarece *primul fenomen observat e acela al pierderii cunoştinţei*, consecutivă anemiei cerebrale, e de netăgăduit că şi faptul decisiv nu poate fi decât acela al întreruperii circulaţiei, prin comprimarea vaselor cervicale. Numai ulterior se instalează dispneea şi convulsiunile asfixice. Dovada o fac şi propriile noastre observaţiuni: peste 30% din cadavrele examinate de noi, chiar pe locul sinuciderii, au fost găsite in forma de spânzurare incompletă: nu numai că atingeau solul cu o parte a corpului dar unele, la cari sfoara se rupsese, zăceau intinse pe jos. Or, e demonstrat de *Brouardel*, că pentru obliterarea carotidelor ajunge o presiune exterioară de *5 kgr.*, pe când pentru obstruarea tracheei e nevoie de una de cel puţin 15 kgr. Mai sunt apoi experienţe cu animalele tracheotomizate deci cu putinţa de a respira prin canula introdusă, cari totuşi au sucombat spânzurării.

1. Obliterarea vaselor cervicale

Urmează dar că, intru explicarea mecanismului morţii, in primul loc e necesar să examinăm acţiunea asupra sistemului circulator.

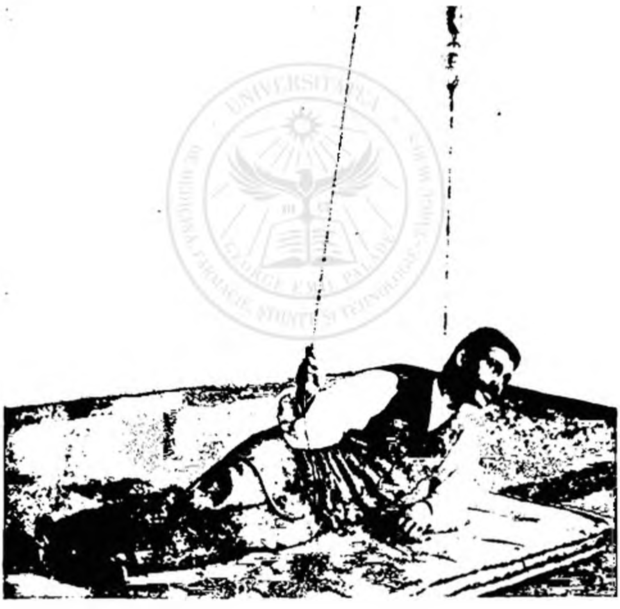


Fig. 196. — Spânzurarea incompletă: auto-experienţa Profesorului Dr. Nicolae Minovici.

In prealabil trebue să facem o distincţie: anemia cerebrală fiind consecinţa imediată a întreruperii circulaţiei arteriale, e evident că numai impermeabilitatea carotidelor şi, in oarecare măsură, şi aceea a arterelor vertebrale sunt cauza pierderii cunoştinţei. Cât despre venele jugulare, comprimarea lor nu se traduce decât prin cianoza feţei în spânzurarea atipică.

Observaţiunile şi experienţele au dovedit că, în obliterarea incompletă (cu nodul aşezat lateral), inima continuând să bată, circulaţia se poate face prin carotida şi jugulara corespunzătoare nodului, ceeace explică absenţa sincopei şi instalarea cianozei feţei. Detaliul acesta are o mare valoare medico-legală: examinând pe un spânzurat cu nodul lateral şi *constatând absenţa cianozei*, e un indiciu serios că se poate să nu fie sinucidere.

Experienţele gradate ale profesorului Nicolae Minovici cu propria sa persoană. — 1. *Presiunea cu indexurile dela ambele mâini pe trunchiurile vasculare ale gâtului, la nivelul dintre osul hioid şi laringe* (în pat, cu capul pe pernă şi cu faţa în sus): *a)* După trecerea de 3—5 secunde a simţit că un văl, din ce în ce mai gros, i se lasă peste ochi — simptom premergător pierderii cunoştinţei. — *b)* Intrerupând presiunea, circulaţia s'a restabilit, iar simultan a avut senzaţia unei fierbinţeli la faţă şi a unor furnicături comparabile cu trecerea unui curent electric, prin tot corpul, dela occiput la degetele picioarelor.

Reînoind experienţa cu alte persoane, cari de bună voie s'au pretat, acestea i-au confirmat senzaţia încercată de el. A notat la aceste persoane: congestionarea feţei (roşie-vânătă), hiperemia conjunctivelor.

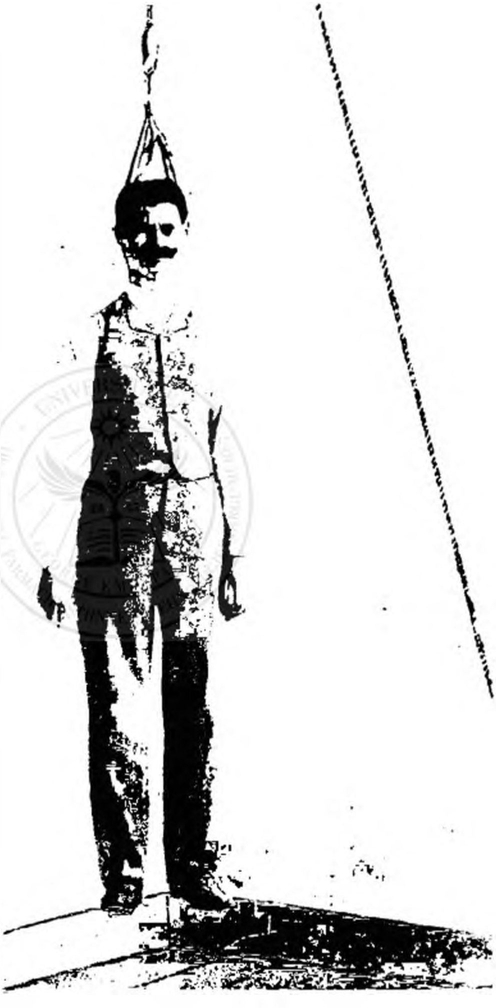


Fig. 197. — Spânzurarea completă: auto-experienţa Profesorului Dr. Nicolae Minovici.

2. *Simularea unei spânzurări incomplecte.* — Introducând gâtul în laţul unei frânghii (cu diametrul de 4 mm.) şi asigurând o presiune uniformă pe gât, a prins capătul liber de un dinamometru, prins la rândul său de un aparat de tracţiune de care era înodată de o altă frânghie. Culcându-se jos, rezemat în cotul stâng, a tras cu dreapta de capătul liber al acestei a doua frânghii. In momentul când şi umerii nu mai atingeau pământul, dinamometrul indica 25—30 kgr. (greutatea corpului experimentatorului fiind de 69 kgr.). Experienţa a trebuit să fie întreruptă după 5—6 secunde, deoarece se anunţa pierderea cunoştinţei. Notaţiunile: cianozarea feţei, întunecarea vederii, vâjâit în urechi.

Repetând experienţa in poziţia tipică şi atipică a nodului, a constatat că atunci când nodul se găsea pe ceafă, comprimarea vaselor şi a căilor respiratorii se făcea mai repede ca în poziţia laterală a nodului, *când experienţa a putut fi suportată timp de 8—9 secunde.*

3. *Simularea unei spânzurări complecte.* — Şi-a introdus gâtul într'un laţ lat de 4 cm., confecţionat dintr'o cârpă răsucită: şi-a aşezat laţul astfel ca în faţă să fie în dreptul osului hioid, iar in spate, după urechi, în dreptul apofiselor mastoide.

Experienţa a făcut-o tot cu dispozitivul întrebuinţat în spânzurarea incomplectă, iar tracţiunea era exercitată de o mână streină.

a) Mai întâiu s'a exercitat cu simulări repetate de o durată de 4—5 secunde, în cursul cărora corpul a fost înălţat dela pământ cu 1—2 metri dela talpa piciorului. — Notaţiunile: constricţie dureroasă la nivelul hioidului şi al faringelui; după scoaterea laţului, dureri de deglutiţie.

Dinamometrul indica 70 kgr. (greutatea corpului plus aceea a îmbrăcămintei).

b) Experienţa concludentă a fost aceea făcută a doua zi, cu o suspensiune de 26 secunde. *Notaţiunile:* din primul moment al spânzurării până la coborîre, o durere atroce în dreptul osului hioid: violenta contractare a pleoapelor, oprirea respiraţiei: pierderea auzului dela a 5—6-a secundă: groaznice vâjâituri în urechi. La coborîre: lăcrămare, deglutiţie dureroasă, îndeosebi în dreptul coarnelor mari ale hioidului; durerile au persistat timp de 10—12 zile; mucoasa faringelui, hiperemiată; avea senzaţia unei badijonări cu cocaină şi o sete care a ţinut două zile. — Impresiunea lăsată de laţ: o dungă închisă, presărată cu numeroase echimoze mici confluente mai ales în dreptul hioidului şi al apofiselor mastoide; echimozele, apărute în interval de 5—10 minute, au persistat 8-11 zile.

c) A încercat şi o spânzurare complectă cu un nod culant dar a trebuit se întrerupă experienţa după 3-4 secunde, pentrucă, înainte chiar ca picioarele să fi părăsit solul, constricţia dureroasă era deacum insuportabilă. Echimozele dela gât au apărut mai repede ca în experienţa precedentă. Fractura hioidului şi a laringelui părea inevitabilă, dacă simularea mai dura. A rămas şi aşa cu o durere în deglutiţie (la nivelul coarnelor mari ale hioidului şi la acela al corpului tiroid) care a durat aproape o lună.

In definitiv, în prima perioadă a mecanismului morţii, adică din momentul în care corpul începe să exercite tracţiunea întregii sale greutăţi, se notează: senzaţie de căldură la cap, vâjâituri şi şuer în urechi, senzaţii luminoase (viziune de scântei, fulgere, etc.), îngreuiarea picioarelor, pierderea cunoştinţei.

II. Comprimarea căilor aeriene

Având locul al doilea în spânzurarea incomplectă, comprimarea căilor aeriene stă pe picior de egalitate cu obturarea vaselor cervicale în spânzurarea complectă. Ba, în poziţia tipică a nodului (pe ceafă) întreruperea respiraţiei joacă rolul de căpitenie.

Asfixia mecanică, după cum au demonstrat-o experienţele, e provocată nu atât prin comprimarea directă a laringelui, cât prin lipirea bazei limbii de peretele posterior al faringelui; laringele e împins în sus şi înapoi spre colonna cervicală.

In perioada asfixică, se notează: convulsiuni faciale (faţa se schimonoseşte, ochii se convulsează) şi convulsiuni ale membrelor (mânile şi picioarele bat aerul şi lovesc obiectele din preajma lor); slăbirea sfincterelor (scurgerea urinei şi a materiilor fecale); epistaxis, spumă edemaţioasă la gură şi nas.

III. Comprimarea şi excitarea sistemului nervos

Acţiunea aceasta nu joacă un rol de seamă în provocarea morţii decât numai atunci când şocul traumatic cauzat de presiunea juvăţului are de efect fenomenul inhibitoriu.

După *Hering* (1923) şi *Ortner* (1926) nu e vorba de o excitaţie directă a fibrelor pneumogastricului, ci de un efect reflexiv pornind dela peretele sinusului carotidian şi continuându-se pe nervii acestui sinus.

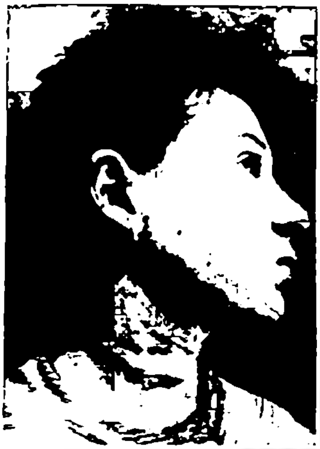


Fig. 198. — Urmele unei spânzurări incomplecte (sinucidere) şi neisbutită (prin tăierea la timp a legăturii): partea dreaptă a gâtului.

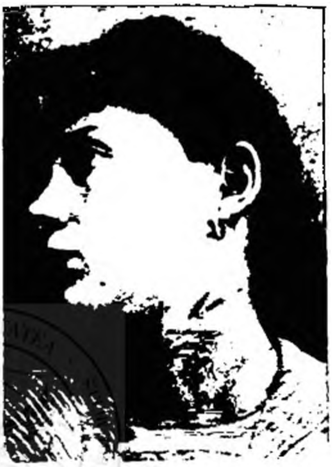


Fig. 199. — Urmele unei spânzurări incomplecte, *pe partea stângă a gâtului* (vezi clişeul No. 198).

Inhibiţia se mai produce prin comprimarea porţiunii superioare a măduvii cervicale.

IV. Leziunile măduvii şi ale coloanei vertebrale

De regulă se pot nota numai în spânzurarea complectă şi când corpul cade brusc.

Fapt neîndoios e că leziunile acestea se pot produce, atunci când coloana vertebrală suferă o subită zguduitură violentă.

V. Timpul necesar morţii

E foarte variabil, pentrucă instalarea morţii, după cum cel dintâiu a precizat-o *Antoine Petit*, e în funcţiune de: dispoziţia laţului pe gât, poziţia nodului, vârsta, temperamentul, constituţia şi greutatea individului, gradul de rezistenţă a tunicilor vaselor, starea de repleţiune vasculară, spânzurarea complectă sau incomplectă.

In genere se admite un interval de 5-10 minute din momentul strângerii laţului. Moartea poate fi fulgerătoare, atunci când e datorită şocului inhibitoriu.

Observaţiunile excepţionale de o durată mai lungă nu lipsesc:

a) O femee executată în Anglia şi care a fost readusă la viaţă după 30 minute.

b) Un adult executat care a fost reinsufleţit după 24 ore *(Bruhier)*.

c) Un executat e ridicat spre a i se face autopsia, după ce a stat spânzurat timp de 13 minute. Scos din furgon şi pus pe masa de autopsie, spânzuratul dă semne de viaţă. A murit abea după 22 ore de o congestie pulmonară *(Sikor)*.

d) Un spânzurat readus la viaţă după 29 minute de suspensiune *(Glooel)*.

C. Examenul omului viu

Supravieţuirea — fie datorită întreruperii din timp a spânzurării, fie consecutivă manoperelor de readucere la viaţă — variază ca durată. Unii mor fără a-şi recăpăta cunoştinţa; alţii o recapătă pentru câteva clipe, pentru a cădea din nou în coma premergătoare morţii definitive; o categorie, însfârşit, e temporar sau definitiv salvată, dar cu diverse turburări.

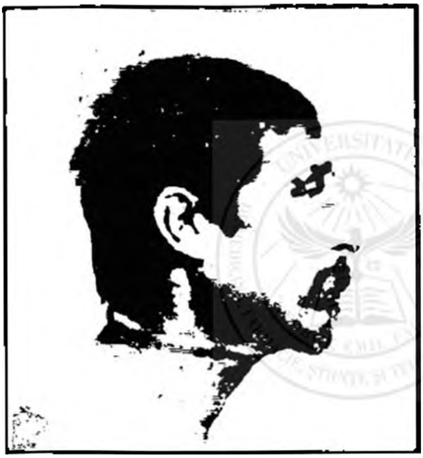


Fig. 200. — Şanţul unei spânzurări complecte neisbutite (Desenat de Prof. Dr. N. Minovici).

Readucerea la viaţă. — Se recurge la: fricţiuni uscate, inhalaţii de amoniac, inhalaţii de oxigen, aplicarea de lipitori sau de ventuze scarificare la apofisele mastoide, comprese reci pe cap, muştar la picioare, respiraţia artificială, inclusiv tracţiunea ritmică a limbii. In cazuri desperate se recurge şi la tracheotomie.

La un supravieţuitor se notează, total sau parţial, următoarele semne:

1. *Şanţul* care e inconstant (după cum a fost şi durata spânzurării), se prezintă ca o dâră roşiatică, tumefiată, excoriată. Urma poate persista timp de 15 zile şi chiar mai mult.

3. *Roşeaţa feţei.*

4. *Senzaţiile descrise la experienţele făcute de Nicolae Minovici.*

5. *Pirderea cunoştinţei* de o durată variabilă.

6. *Starea de sopor*, uneori prelungită.

7. *Convulsiunile tonice şi clonice; paraliziile.*

8. *Amnezia*, de multe ori durabilă: simplă, anterogradă şi retrogradă.

9. *Confuzia mintală, depresiunea, agitația mecanică.*

10. *Afonia și disfagia.*

11. *Congestia pulmonară, pneumonia, bronco-pneumonia, gangrena pulmonară;* dispnee, hemoptizie, tuse.

12. *Afecțiuni laringee.*

D. Notațiunile pe cadavru

I. Examenul extern

1. *Poziția capului:* inclinațiune în partea opusă aceleia în care se află nodul.

2. *Fața.* — Colorația e, de regulă, aceea a paloarei cadaverice, uneori se notează cianoza. Deosebim dar: spânzurații „albi" (în marea majoritate a cazurilor) și spânzurații „albaștri" (în proporție de maximum 10—20 %). Un spânzurat „alb" poate deveni „albastru", dacă examenul se face după ce cadavrul a intrat în putrefacție. — In unele cazuri se notează și echimoze faciale (pe frunte).

Expresia feței e aceea a hebetudinei.

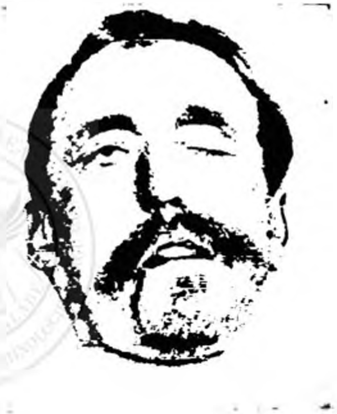


Fig. 201. — „Faciesul simpatic" al spânzuratului (astfel denumit de Etienne Martin, prin asemănarea cu faciesul bolnavilor, la cari Jaboulay practicase secționarea simpaticului). Faciesul acesta e caracterizat pe deoparte prin aceea că unul din ochi rămâne întredeschis, iar celalt închis, iar pe de alta prin inegalitatea pupilară — fenomen vital — (midriasis la ochiul deschis și miosis la cel închis). Faptul se explică prin presiunea mai mare exercitată de laț într'o parte a gâtului, de unde comprimarea simpaticului respectiv. Dacă presiunea ar fi egală de ambele părți, am avea miosis al ambilor ochi.

2. *Ochii.* — Numai rareori exorbitați. Adesea echimoze pe pleoape și pe conjunctive. — Uneori se notează „faciesul simpatic", adică ptosis al unuia din ochi și celalt ochiu deschis, cu inegalitate pupilară.

3. *Gura.* — Buzele sunt de regulă palide, uneori cu echimoze. Spumă pulmonară, umedă sau uscată.

4. *Limba.* — Pozițiune variată: proectată afară din gură (cazuri foarte rare), strânsă între dinți (ceva mai frecvent), ascunsă dinapoia arcadelor dentare (în majoritatea cazurilor).

5. *Nasul:* excepțional hemoragie consecutivă plesnirii unor vase sub-epidermice.

6. *Urechile:* cianoza, indiferent de colorația feței; excepțional se notează otoragia consecutivă rupturii timpanului sau exudării sângelui sub epiderma timpanică, fără plesnirea membranei.

7. *Gâtul:* șanțul; echimoze (excepțional). — La cadavrul rămas spânzurat vreme mai îndelungată, imediat deasupra marginii superioare a șanțului, o dungă cutanată vânătă.

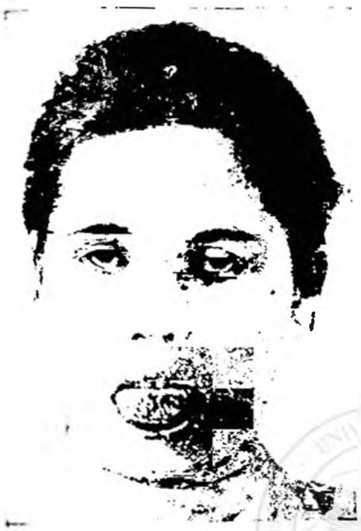


Fig. 202. — Spânzurare: ieșirea limbii pe gură.

8. *Umerii și pieptul:* excepțional se notează echimoze punctate.

9. *Ridigitatea* mai tardivă și mai durabilă.

10. *Lividitățile.* — La cadavrul rămas spânzurat, petele cadaverice se desinează dela cingătoare în jos, cu maximum de intensitate la picioare; la membrele inferioare se observă uneori și echimoze agonice. La membrele superioare, hipostaza se formează la antebraț și e în deosebi pronunțată la mână și degete.

De oarece hipostaza suspendării se formează în 30—60 minute dela moarte, pe cadavrul desprins îndată după moarte și așezat în decubitus dorsal, dispoziția lividităților e cea normală.

Pe cadavrul desprins după trecere de mai multe ore dela moarte și așezat în decubitus dorsal, notăm hipostaza mixtă: cea proprie suspensiunii și cea firească.

11. *Congestionarea penisului și prezența spermei în uretră* (vezi: Diagnosticul sumar).

12. *Putrefacția:* la cadavrul rămas atârnat, putrefacția, uscată în jumătatea superioară a corpului, e umedă în cea inferioară.

II. Durata spânzurării

Elementele diagnosticale pentru determinarea timpului de când stă cadavrul suspendat sunt: 1) elementele diagnosticului comun al epocii morții; 2) gradul de cianozare a feței; 3) gradul de exorbitare a ochilor și de injectare a acestora; 4) gradul de adâncire și de pergamentare a șanțului, gradul de învinețire a marginii superioare a acestuia; 5) gradul de intensitate a hipostazei membrelor inferioare.

III. Examenul intern

1. **Capul:** congestia cerebrală e frecventă; hemoragia cerebrală e din contră o foarte rară excepție. — Eventualele leziuni

cerebrale preexistente (pachimeningita, aderența piei-mater de scoarța creerului, etc.) pot constitui un element de apreciere asupra stării psichice și a echilibrului cerebral al spânzuratului, spre a se explica sinuciderea.

Cu prilejul examinării unui spânzurat, am găsit, sub pericraniu mai multe echimoze dintre cari unele de mărimea unei piese de 2 lei. După aparență, puteau fi luate drept produse ale unui trautatism al capului, dar am demonstrat că în realitate erau sufuziuni de natură asfixică și astfel am exclus ipoteza unei agresiuni premergătoare spânzurării (*Minovici*).

2. **Gâtul.** — a) *Șanțul.* Dedesubtul acestuia, țesutul celulo-adipos sub-cutanat se comprimă, formând o dungă subțire, cu atât mai lucitoare cu cât lațul a fost mai aspru, iar spânzurarea mai îndelungată: *linia argintie.* Excepțional se notează, sub șanț, și sufuziuni sanguine.

b) *Mușchii.* Rupturile sunt rare și se notează la capul anterior al sterno-cleido-mastoidianului, la sterno-hioidianul și la thyro-hioidianul. Uneori se inregistrează și sufuziuni sanguine în teaca musculară. Cu cheaguri, aceste sufuziuni sunt un semn vital al spânzurării.

c) *Hemoragia retro-faringeană* (inconstantă).

d) *Laringele.* — Fractura laringelui se'ntâlnește numai excepțional. Infiltrația sanguină la nivelul fracturii e un semn al spânzurării vitale

e) *Fracturile coarnelor mari ale osului hioid* (semn inconstant).

f) *Fracturile cricoidului* sunt excepționale.

g) *Corpul tiroid:* fractură excepțională.

h) *Vasele cervicale.* — Carotidele: ruperea tunicii interne, mai rar a tunicii medii. Ruptura, de o formă inelară, e strâmtă. Echimoze pe tunica externă, pe cea medie și pe teaca perivasculară. — Numai excepțional se notează leziuni ale venelor jugulare.

i. *Leziunile coloanei cervicale.* — *a)* Uneori luxația consecutivă rupturii ligamentului fie între 1-a și a 2-a vertebră, fie între a 4-a și a 5-a vertebră. — *b)* Fracturile vertebrale excepționale, în deosebi la a 5-a vertebră. — *c)* Leziunile pot fi adesea însoțite de sufuziuni sanguine.

3. **Aparatul respirator.** — a) *Congestiunea frecventă a mucoasei laringelui și a bronchiilor.* — b) *Mucus sanguinolent aerat în bronchii și trachee.* — c) *Uneori prezența chimului în căile respiratorii:* fenomen de aspirație care poate fi de natură vitală ori postmortală. — d) *Plămânii,* de regulă congestionați (la nivelul lobilor inferiori) pot fi și anemiați. Emfizem subpleural. Uneori picheteu hemoragic subpleural.

4. **Inima:** vacuitatea ventriculului stâng.

5. **Sângele:** negru și fluid; numai excepțional se observă cheaguri.

6. **Tubul digestiv.** — In spânzurarea îndelungată și atunci când nu e identificată ca un produs hipostasic, se observă uneori hiperemia mucoasei gastrice cu mici echimoze; aceeaș notațiune se poate face și la mucoasa intestinului subțire, îndeosebi la duoden și jejun.

E. Diagnosticul etiologic

Odată stabilit că ne aflăm în prezența unei spânzurări vitale, ni se mai cere să punem și diagnosticul ei etiologic: sinucidere, crimă, accident, urmare a unei experimentări, simulare.

1. Sinuciderea

E certă, atunci când examenul hainelor și al cadavrului, coroborat cu inspecția locului și cu datele anamneziei, exclude orice interpretare în sensul crimei. In caz de îndoială, sinuciderea se demonstrează pe calea de eliminare a celorlalte forme etiologice.

1. **Cauza.** — Sinuciderea e întotdeauna consecutivă unui acces de desperare, unei nevroze ereditare sau dobândite, unei stări de inconștiență (beție, alienație mintală). Contagiunea psichică joacă și ea un rol, atunci când desechilibrul cerebral constitue un teren prielnic.

O statistică a observațiunilor făcute la Institutul Medico-Legal din București ne arată drept cauză a sinuciderii: alcoolismul alienația mintală, mizeria, bolile cronice, certurile în familie, dragoste contrariată, pierderea unui proces, o datorie bănească, lipsa de ocupație, pierderea unei ființe dragi.

2. **Sexul:** în medie, 70% bărbați și 30% femei.

3. **Vârsta.** — Maximul de frecvență între 40 și 50 ani.

Statistica Institutului Medico-Legal din București ne dă următorul procent: 10—20 ani 10%; 20—30 ani 17%; 30—40 ani 11%; 40—50 ani 24%; 50—60 ani 17%; 60—70 ani 14%; 70—80 ani 6%; 80—90 ani 1%.

4. **Starea civilă:** 60% celibatari; 30% căsătoriți; 10% văduvi.

5. **Locul sinuciderii:** în casă 28%; în magazie 10%; în podul casei 8%, în privată 7%; în pivniță 5%; în grajd 5%; în curte, grădină 11%; în bucătărie 5%; în birou, prăvălie, atelier 4%; în pădure 10%; în închisoare 2%; într'un coteț de porci 1%; într'un coșar 1%, sub un pod de pe Dâmbovița 1%; în tramvaiu 1%; pe un maidan 1%.

In sinuciderea prin spânzurare se pot nota și alte leziuni consecutive unor anterioare tentative neisbutite (o lovitură de cuțit, un foc de revolver, o contuziune gravă, o încercare de otrăvire, etc.).

Primarul unei comune din Ardeal, venit în concediu în București într'un acces de subită alienație mintală, după ce și-a dat câteva lovituri de cuțit în cap, și-a scos cureaua și cu ajutorul ei s'a spânzurat (în forma incompletă).

II. Crima

Spânzurarea criminală nu se poate concepe decât atunci când victima e sau un copil sau un adult în imposibilitate fizică sau morală — firească sau pus într'o atare imposibilitate — de a rezista (o boală istovitoare, paralizia, starea narcotică, leşin prelungit, cu forţele epuizate în urma unei prealabile răniri grave, sau atunci când victima are de luptat cu mai mulţi agresori).

In ce priveşte *copiii*, se notează: cazul de crimă quintuplă relatat de *Hofmann* (un croitor din Viena a spânzurat pe cei 5 copii ai săi: unul de 8 luni, iar ceilalţi patru de 2, 6, 8 şi 9 ani): cazul de crimă quaduplă petrecut anii trecuţi în Polonia; un alt caz cu un servitor care a spânzurat două fetiţe (una de 6 şi cealaltă de 13 ani); o fetiţă de 11 ani, mai întâiu victima unei siluiri şi apoi spânzurată.

Exemple de *adulţi* victime ale spânzurării: Gouffé *(Lacassagne)*: o alienată *(Krafft-Ebing)*; un bărbat în prealabil ameţit cu o puternică lovitură aplicată la cap *(Passauer)*; o femee mai întâiu incomplect strangulată de propriul ei bărbat şi apoi spânzurată cu aceeaş frânghie *(Barri)*.

Crima e certă atunci când, faptul fiind descoperit imediat după spânzurare, cu cadavrul suspendat la o înălţime relativ mare, nu se găseşte la locul spânzurării, în preajma cadavrului, nici un obiect pe care individul ar fi putut să se urce spre a-şi vârâ capul în laţ şi a prinde legătura de punctul de fixare. Dacă însă legătura a fost prinsă în prealabil, un om capabil de a face o săritură în sus a putut mai întâiu să aşeze scaunul la locul de unde-l luase şi, prinzându-se cu mâna de legătură, să-şi petreacă laţul după gât.

III. Accidentul

E o formă etiologică excepţională a spânzurării şi demonstrarea se poate face numai: prin examenul cadavrului rămas încă spânzurat; prin forma şanţului; prin leziunile particulare de pe tegumentele gâtului; prin inspecţia locului. In absenţa acestor elemente trebue să ne mulţumim cu anamneza.

1. *Acrobaţii* în producţiunile lor aeriene.

2. *In cursul exerciţiilor de gimnastică:* un elev, făcându-şi cu o frânghie, ce atârna de portic, câteva circulare în jurul gâtului, a rămas spânzurat.

3. *Cu fularul dela gât prins de craca unui pom* pe care se urcase să culeagă fructe, copilul a rămas spânzurat *(Héger-Gilbert)*.

4. *In timpul jocului un copil îşi introduce capul într'un laţ prins de un cuiu.*

5. *Urcat pe scară spre a prinde un obiect în laţul unei frânghii:* fără să bage de seamă capul i se introduce în laţ; scara, alunecând, se răstoarnă, iar omul rămâne spânzurat *(Maschka)*.

6. *Alunecă depe scară, iar fularul dela gât îi e prins într'un cârlig* (Zuelch).

IV. Experienţe de auto-spânzurare cum au fost acele făcute de Bacon, Fleischmann, Hammond, membrii faimosului „Club al

Spânzuraților" din Londra, profesioniștii exibițiunilor de auto-spânzurare (Hornshaw, Scott), iar la noi, profesorul Nicolae Minovici.

V. Spânzurarea ca pedeapsă capitală

VI. Mistificarea

E vorba de incercarea făcută de asasin de a induce în eroare justiția, prin spânzurarea ulterioară a victimei ucise în alt mod (cu un instrument sau obiect contondent, tăios, înțepător, armă de foc, arsură, electricitate, frig, sechestrare, inaniție, otravă).

Demonstrația mistificării se face prin:

1. *Inspecția locului:* dacă a fost cu putință ca individul să se fi spânzurat.

2. *Căutarea urmelor de prezența unei alte persoane.*

3. *Căutarea eventualelor pete revelatoare.*

4. *Examenul minuțios al hainelor și al cadavrului*, întru căutarea *semnelor de luptă.*

5. *Stabilirea stării în care se afla spânzuratul înainte de moarte* (boală epuizantă, infirmități corporale congenitale ori dobândite de natură a-i impiedica mișcările, beție, stare narcotică, stare de hipnoză).

6. *Notarea leziunilor vitale de pe cadavru, altele decât cele mai mult sau mai puțin specifice spânzurării.*

7. *Examinarea asasinului prezumat.*

8. In sfârșit prin **diferențiarea spânzurării vitale de cea post-mortală**, care se face prin examenul șanțului. Deși forma și adâncimea acestuia e aceeaș în spânzurarea vitală și în cea post-mortală, e însă de observat că la șanțul unui *cadavru* spânzurat nu se observă reacțiunea vitală (sufuziunea sanguină a țesutului). — Iar când notăm două sau mai multe șanțuri, atunci semnul diagnostical concludent e *absența sufuziunilor din creasta cutanată dintre* șanțuri.

Exemple de demonstrare a mistificării. — 1. Victima e mai întâiu înjunghiată și apoi spânzurată (*Minovici*, 1925).

2. In somn bărbatul e strangulat de soția pe care o amenințase că o lasă. Cu ajutorul unui frate al ei, ucigașa spânzură cadavrul (*Minovici*, 1926).

3. O femee e găsită spânzurată în camera zăvorită pe dinăuntru. La examenul cadavrului se notează: plăgi contuze multiple la cap, mâni, torace, picioare; pete de sânge pe trup și pe dușumea. Ucigașul după ce-și omorise victima și o spânzurase, a fugit pe fereastră, pe care a închis-o pe dinafară, printr'un geam spart (*Minovici*, 1929).

4. In cursul unui conflict între doi asociați, unul e lovit de celalt cu un ciocan în regiunea temporală stângă. Agresorul spânzură apoi cadavrul (*Minovici*, 1923).

5. Un caz de moarte prin sufocare, mascată prin spânzurarea cadavrului: Unul, venind pe neașteptate, surprinde la concubina lui — care nu păcătuia printr'o fidelitate escesivă — pe un „client" de ocazie, care se n-

tâmplă să fie şi beat. Furios, amantul „en titre", după ce-l snopeşte în bătae, îi mai dă un brânciu: intrusul, ameţit de băutură şi de corecţiunea primită, cade cu faţa pe o perină depe pat şi rămâne nemişcat: moare sufocat. — In acest timp concubinul îşi ia la răfuială pe amanta necredincioasă. — Trec câteva minute şi amândoi, băgând de seamă că al treilea nu mai dă nici un semn de viaţă, il intorc şi constată c'a murit. Scot cadavrul în grădină şi-l spânzură de craca unui copac (în forma spânzurării incomplecte). Examenul necropsic a făcut dovada spânzurării post-mortale: şanţul nu avea caracterele vitale: în schimb, s'au notat semnele vitale ale sufocării. — Pe baza concluziunilor raportului de expertiză, parchetul, strângând cu uşa pe cei doi concubini, a putut să le smulgă mărturisirea crimei *(Minovici)*.

6. Un spânzurat, cu laţul de gât, dar cu frânghia tăiată dela punctul de fixare, e găsit aşezat pe vine. *Urmele de frecare notate pe coapse şi abdomen* arată că victima a fost târîtă până la locul spânzurării. La gât se găsesc *semnele unei strangulări cu mâna*. Ucigaşa: propria soţie a victimei *(Weinmann*, 1929).

7. Un cadavru e găsit cu laţul de gât, dar cu întreaga frânghie pe jos. Dovada că laţul a fost pus pe gâtul mortului, iar capătul liber al legăturii a fost in urmă trecut peste o grindă şi s'a tras de el, e că atât frânghia cât şi grinda arătau urmele de eroziune *(Goddefroy*, 1923).

8. Intr'un bordel se găseşte un spânzurat recent spălat, cu cămaşă curată pe el. La examenul corpului se notează o rană mortală făcută cu un cuţit *(Casper)*.

9. O femee anunţă postul de jandarmi că soţul ei, într'un acces de disperare (pricinuită de hotărîrea nevestei de a divorţa), s'a spânzurat. Expertiza demonstrează că nenorocitul a fost omorît de însăş soţia lui, care in urmă a înscenat simulacrul de sinucidere. Concluziunile sunt intemeiate pe următoarele elemente:

a) Depărtarea prea mare (pentru talia individului) între extremităţile picioarelor spânzuratului şi sol; absenţa, în apropierea locului spânzurării, a oricărui obiect pe care s'ar fi putut urca pretinsul sinucigaş: i-ar fi trebuit un obiect de o inălţime de cel puţin 85 cm.

b) In tinda casei s'a găsit un coş mare impletit dela care lipsea una din chingi — exact aceea din care a fost făcut laţul.

c) Tot în tindă s'au găsit pete de sânge uman.

d) Pete de sânge şi rupturi pe hainele mortului — dovadă de luptă şi de rănire: sângele s'a scurs dela o rană dela cap.

e) Stigmatele strangulării cu mâna.

f) Zgârieturi recente pe gâtul, pieptul şi mânile femeii — urmele luptei *(Lares*, 1929).

Expertul trebue să fie foarte prudent, pentrucă numeroase sunt observaţiile în cari individul, grav rănit (de altul, accidental sau în urma unei prime încercări de sinucidere), se spânzură apoi:

I. *Urmele unei tentative anterioare de a se sinucide.*

a) O femee îşi implântă de două ori cuţitul în piept şi apoi se spânzură *(Casper)*.

b) Unul se împuşcă întâiu şi pentrucă rana nu e mortală şi nu mai are gloanţe, se spânzură. — Un altul îşi descarcă întâiu un glonte în piept *(Ottolenghi)*.

c) Işi face întâiu o tăietură la gât şi apoi se spânzură *(Taylor)*. — Tăitură la gât, abdomen şi mână, în urmă spânzurarea *(Hofmann)*.

d) Unul işi dă în prealabil o lovitură de satâr în cap *(Haumeder)*

II. *Urmele unei răniri accidentale:*

a) Se lovește la cap intr'o cădere dela înălțime. se pronunță grave turburări psichice; după câteva zile se spânzură.

b) Un bețiv cade in stradă și se rănește. După două zile. tot în stare de beție. se spânzură.

III. *Urmele unei loviri cu mână streină:*

De necaz că a fost bătut cu o trăgătoare, nenorocitul se duce acasă și se spânzură.

F. Strangularea—spânzurarea

E o formă a asfixiei mecanice care. prin execuția ei. nu poate fi interpretată nici ca o strangulare pură nici ca o spânzurare pură.

Formele caracteristice ar fi:

1. Individul e prins cu un *lasso* aruncat în jurul gâtului: victima se smucește. încearcă să-și scoată juvățul. iar agresorul trage de capătul liber. Moartea e consecutivă unei duble acțiuni: aceea a smucirii victimei și aceea a tracțiunii ucigașului.

2. Agresorul surprinde persoana pe la spate; îi prinde gâtul într'un fular, o chingă. o frânghie, o curea. etc. legătură ale cărei capete le ține în ambele mâni; în aceeaș clipă încarcă victima în spinare. Moartea e datorită pedeoparte tracțiunii exercitate de greutatea corpului nenorocitului. pe de alta acțiunii asasinului. care trage de ambele capete ale lațului.

3. Câteva exemple ilustrează o altă varietate a formei de strangulare-spânzurare:

a) Un băiat se cațără pe ușa deschisă și. cu gâtul pe marginea superioară. se apleacă de cealaltă parte: un altul. in glumă împinge de ușă spre a o închide: băiatul moare pedeoparte sub comprimarea gâtului intre marginea ușii și pragul de sus. iar pe de alta sub tracțiunea exercitată de greutatea propriului corp

b) Un alt exemplu un copil își vâră cu greu capul în ochiul unei gratii dela fereastră și rămâne suspendat: în sforțările ce face spre a-și libera capul. își comprimă gâtul de drugii gratiei și totodată corpul îl trage în jos.

c) Un al treilea exemplu: unul fură un porc, pe care-l bagă intr'un sac. iar sfoara cu care a legat gura acestuia și-o petrece după gât. Voind să sară gardul curții. sacul cu porcul rămâne de cealaltă parte: individul e găsit mort, pe deoparte din cauza strangulării prin greutatea sacului, de cealaltă din cauza tracțiunii propriei greutăți.

d) Un al patrulea exemplu: Un ucenic de zugrav trage. cu chinga petrecută după gât, o mică platformă pe două roți încărcată cu scări: la urcarea unei pante. platforma o ia înapoi la vale. Băiatul se opintește spre a reține vechiculul: moare sub dubla tracțiune: cea retrogradă a platformei și cea anterogradă a propriului lui corp.

4. INNECUL

a) **Definiția.** — Submersiunea. care de fapt e și ea o sufocare, crează o stare morbidă sau cauzează moartea. în urma obturării căilor aeriene printr'o substanță lichidă ori semi-lichidă, care de afară pătrunde prin orificiile respiratorii.

Deoarece, in marea majoritate a cazurilor, procesul asfixic e pecetea indelebilă a turburărilor sau a desnodământului catastrofal, urmează că stingherirea sau suprimarea funcțiunii vitale a respirației, ca în orice asfixie mecanică, e realizată de îndată ce obstacolul lichid ori semilichid împiedică pătrunderea aerului la gura exterioară a căilor respiratorii, indiferent de cantitatea obstruantă a materiei. Adică, starea morbidă sau moartea se pot nota și la o adâncime infimă a mediului de submersiune, cu condiția ca, prin poziția corpului, lichidul sau semi-lichidul să ajungă la nivelul orificiilor respiratorii, zădărnicind astfel hematosa. Aceasta ne explică de ce înregistrăm morți prin submersiune într'o simplă băltoacă, atunci când victima cade sau e menținută cu fața în ea.

b) **Mediul de submersiune.** — Am spus că, spre a avea o asfixie mecanică prin înecare, trebue ca agentul generator să fie o massă lichidă ori semi-lichidă.

Natura acestei mase poate fi aceea a oricărei substanțe lichide sau semilichide, firească ori pe cale de dizolvare sau de topire: apă, vin, băutură alcoolică, unt-de-lemn, păcură, petrol, benzină, etc.; orice soluțiune de substanță solidă ori semi-solidă: lăturile; noroiul diluat, mâlul apelor, conținutul lichid sau semi-lichid al latrinelor, lochiile facerii, massa formată de propriile vărsături ale individului.

I. Mecanismul morții

In înecare, de regulă, am spus-o, moartea e consecutivă unui pur proces asfixic. In unele cazuri, însă, mecanismul ei e acela al unei sincope fulgerătoare. Vom deosebi dar două varietăți: acțiunea asfixică și cea inhibitoare.

A. **Forma asfixică**

E stabilit că, la începutul imersiunii, victima, printr'un act conștient ori reflex, își întrerupe respirația, spre a împiedica astfel pătrunderea în căile aeriene a mediului asfixiant. Dacă această primă tentativă de rezistență e ineficace, turburarea hematosei se accentuează, funcțiunea cerebrală sau simpla acțiune reflexă sunt progresiv stingherite până la complecta abolire, respirația se restabilește și astfel se produce aspirațiunea vitală a lichidului sau a semilichidului. In 3—4 minute se declară moartea aparentă, după care, la un interval variabil, dar niciodată mai mic de 20 minute, se instalează moartea reală.

Dar și în forma asfixică, intervalul necesar provocării morții aparente nu e de o lungime egală. Condițiuni particulare — cum ar fi paralizarea mișcărilor mânilor, a picioarelor, a corpului întreg (crampe musculare, picioarele prinse în mâl, în ierburile de pe fundul și dela marginea apei, etc.: o greutate prinsă de picioarele ori de trupul victimei, o apăsare în jos a corpului, în innecul criminal, etc.) fac ca starea comatoasă să se desăvârșească rapid. Pe când, atunci când mai posedă, chiar redusă, libertatea mișcărilor, inecatul se sbate, din când în când mai apare la suprafață, făcând sforțări de evacuare a lichidului pe gură.

Fazele asfixiei. — Tipul morții prin submersiune nefiind acela al asfixiei lente ci rapide (3—4 minute), distingem trei perioade:

a) *Faza reținerii respirației*, care excepțional — întocmai ca în notațiunile făcute în cursul experiențelor cu animale — făcute pe vremuri de Bouardel și Paul Loye și la cari am asistat — poate fi precedată de o inspirație prin surpriză. In faza aceasta, inecatul, păstrându-și conștiința și facultatea mișcărilor reflexe, își ține răsuflarea, face sforțări disperate să se mențină, ori să reapară la suprafață. Dacă inspirația de surpriză se produce, individul, prin tuse, expulzează materia înghițită. (Această perioadă, a cărei durată medie e de o minută, corespunde primelor două faze experimentale notate în comunicarea lui *Brouardel* și *Loye*).

b) *Faza înfrângerii rezistenței sau aceea a dispneei involuntare.* — Istovit și ne mai putându-și reține răsuflarea, innecatul face repetate inspirații cu corolarul inevitabil al aspirației din mediul de submersiune. Inspirațiile, profunde și scurte la început sunt urmate de scurte expirațiuni convulsive. Procesul acesta se traduce, la suprafață, prin apariția unei spume aerate (albicioasă). Toată perioada durează în medie 60—90 secunde.

c) *Faza terminală a asfixiei*: pierderea cunoștinței: apneea: dispariția sensibilității: destinderea musculară și sfincteriană: dilatarea pupilelor: inspirațiunile terminale, în cursul cărora se face maximul de aspirație de lichid în aparatul respirator: instalarea morții aparente.

Inima continuă să bată 15—25 minute.

Durata perioadei (care, la om, corespunde ultimelor două faze experimentale ale lui *Brouardel* și *Loye*) oscilează între 60 și 90 secunde.

In rezumat moartea, în forma asfixiei e consecutivă suprimării hematosei și acțiunii exercitate de apă asupra sângelui și țesuturilor la nivelul plămânilor, cu sau fără intervenția sincopei.

B. Forma sincopală

In această variantă a morții prin innec, toate fazele notate în tipul asfixic sunt suprimate. Moartea — aparentă sau reală — se produce fulgerător și consecutivă unui efect de inhibiție: spaima ori excitarea nervoasă din mucoasa laringee prin acțiunea bruscă a lichidului sau semi-lichidului aspirat în prima inspirație, aceea a surprizei.

C. Durata fenomenelor mortale

Aceasta e în funcțiune de vârsta, starea generală, de morbidități locale, de constituția individuală, de durata eforturilor făcute de inecat spre a reveni la suprafață, de starea de replețiune a stomacului, de starea de inconștiență naturală ori artificială (beția, narcoza, etc.), de obicinuința individului de a se menține sub apă. In această din urmă categorie intră pescuitorii de bureți, de mărgean și de perle; plongeurii exibiționiști. Rezistența lor la asfixie se explică prin *aerofagie:* în momentul de a se cufunda, înmagazinează întâiu în gură o mare cantitate de aer respirabil pe care, prin închiderea ermetică a gurii și printr'o mișcare de deglutiție, care forțează intrarea cardiei, il aduc în stomac; pe măsura nevoilor respirației, aerofagul readuce aerul din stomac în gură de unde pătrunde în căile respiratorii, iar în acelaș timp elimină pe nas aerul devenit irespirabil.

Durata medie a tuturor fenomenelor morții aparente e, am spus-o, de 3—4 minute.

* * *

Readucerea la viață. — Inima, precum am arătat, continuând să bată 15—25 minute, urmează că moartea reală, afară de cazurile de inec-inhibiție, nu se instalează decât după alte 20—40 minute ceeace ar da o medie de 30 minute. In imensa majoritate a observațiilor, media aceasta e cu mult inferioară: 22—25 minute (Vezi și: Vol. I. pag. 454).

Urmează că, dacă înecatul e pescuit fără întârziere, există perspectiva unei readuceri la viață. Trebue, însă, să observăm că, din cauza pătrunderii apei în bronchii, plămânii se găsesc într'o stare de pronunțată inferioritate pentru restabilirea hematozei. Cele mai multe șanse le au înecații formei sincopale, la cari leziunile pulmonare sunt neinsemnate față de ravagiile făcute de materia de imersiune în forma asfixică.

Sforțările de readucere la viață nu sunt întotdeauna încununate de un succes durabil. Unii, — deși circulația și respirația au fost restabilite, — mor deabinelea după câteva ore, prezintând simptomele unui edem pulmonar acut.

La cei salvați, se notează de regulă stări morbide de o durată variabilă:

1. *Pneumonia de deglutiție*, consecutivă invaziei în plămâni a germenilor suspendați în mediul de submersiune (germeni proprii acestui mediu, ori bacilii prezenți în gură și nas și cărați de lichid).
2. *Anuria; hemoglobinuria.*
3. *Turburări psicho-nervoase.* — Amnezia retrogradă, stare confuzională, delir, convulsiuni, etc.

* * *

Procedeele de reducere la viață: *respirația artificială, lăsarea de sânge, iar, după trecerea perioadei acute, puncte de foc dealungul coloanei vertebrale și tratamentul cu ergotina și iodura.*

II. Diagnosticul înnecării

(Pentru diagnosticul înnecării noilor-născuți vezi: „Pruncuciderea", vol. II).

Diagnosticul submersiunii e bazat pe următoarele elemente de informațiune și de edificare:

1. **Inspecția locului:** a. *adâncimea mediului de submersiune;*

b) *natura lui;* c) *poziția corpului;* d) dacă moartea s'a produs într'o apă curgătoare ori stătătoare la o adâncime superioară taliei individului, sau dacă moartea s'a produs pe uscat (într'un recipient, într'o hazna de latrină, într'o băltoacă, etc.).

2. Anamneza privitoare la: *starea generală* premergătoare înnecării, *starea particulară* somatică și psichică. *starea excepțională* de somn. narcoză, hipnoză, somnabulism, alienație mintală.

3. Semnele externe

Vom remarca în prealabil că, la examenul unui cadavru care a stat în apă vreme prea îndelungată, prin accentuarea macerației, a hipostazei și a putrefacției — favorizată de contactul cu atmosfera din chiar momentul reapariției corpului la suprafață sau acela al pescuirii lui — semnele caracteristice ale morții prin înnec se șterg în parte sau pot chiar dispare.

De aceea, în interesul expertizei și atunci când, ținând seama de timpul scurs dela înnec, nu mai e posibilă nici o îndoială în ce privește realitatea morții, recomandăm ca, **în nici un caz cadavrul să nu fie depus pe marginea apei ori să fie ridicat deacolo:** *dacă plutește, cadavrul să fie lăsat în mediul de submersiune și numai prins, spre a nu fi cărat mai departe de curent; dacă a fost pescuit, să fie pus la loc în mediul de submersiune, luându-se aceeaș precauțiune, spre a se evita de a fi luat de curent.* Numai în chipul acesta mai sunt șanse ca, zădărnicindu-se grăbirea putrefacției, expertul să poată identifica semnele specifice ale morții prin submersiune și, eventual, să noteze leziuni cu caracter vital ori post-mortal.

A. **Temperatura corpului.** — Cadavrul înecatului scos din apă imediat după moarte e mai rece decât dacă acelaș cadavru și în acelaș interval ar fi stat pe uscat.

B. **Fața.** — Colorațiunea ei variază după tipul morții: cianozată în moartea asfixică, fața e dimpotrivă palidă, numai cu puține plăci vinete, în submersiunea-inhibiție. Vom deosebi dar, după caracterizarea lui *Pajot:* înecați „albi" și înecați „albaștri". — Să mai observăm că paloarea feței se poate frecvent nota în submersiunile în lichid de mică densitate.

C. **Fruntea:** uneori urme de eroziuni.

D. **Ochii:** Echimozele conjunctivale, frecvente în submersiunea în lichidele turburi (haznaua latrinei, apele mâloase, lături, lochii, etc.), sunt dimpotrivă o excepție în lichidele limpezi. Uneori se pot înregistra echimoze și pe pleoape; deasemenea se poate nota, în rare cazuri, o spuzeală flictenulară a corneei. Ochii, cu globul exorbitat, sunt deschiși, cu pupilele dilatate.

E. **Gura.** — Buzele vinete, depărtate, cu limba ieșind printre ele. O spumă foarte fin aerată, albicioasă (în submersiunea în apa limpede), rozată de diverse nuanțe (în submersiunea în celelalte medii). In timpul deplasării cadavrului spuma aceasta se poate șterge.

F. **Nasul:** aceeaș spumă la nări; uneori urme de eroziuni.

G. **Urechile** de un vânăt închis bătând în albastru.

H. **Pielea in general.** — a) *Pielea anserină,* la înecatul fără întârziere mare scos din apă, e localizată mai ales la umeri, brațe și fața externă a coapselor. Particularitatea aceasta poate persista un interval de câteva ore până la câteva zile.

b) *Retracțiunea pielei penisului, a scrotomului și a mamelelor.*

c) *Macerația* pornește dela regiunile mai îngroșate ale epidermei: pulpa degetelor, palma, dosul mânii; degetele, talpa și dosul piciorului; bătăturile profesionale. In șederea prelungită a corpului în apă, procesul de macerare progresează: se desprind fâșii epidermice; pielea dela mâni se desface ca degetele unei mănuși, iar pielea de pe talpă cade ca o talpă artificială. Epiderma macerată e albită și încrețită.

Cu timpul se desprind și părul și perii: părul capului cade mai întâiu depe partea boltită a craniului.

Deasemenea cad sau se desprind lesne unghiile. Sub acestea se pot găsi urme de nisip, mâl, alge.

Pielea mai fină a copiilor mici și a femeilor cu trupul bine îngrijit se macerează in interval mai lung.

De notat: primele semne de macerație se pot observa la cadavrele înfășate cu un cearșaf sau altă învelitoare udă, ori pe partea în decubitus a cadavrului ținut pe un teren umed.

d) *Lividitățile cadaverice* — cari nu trebuesc confundate cu petele lăsate de îmbrăcămintea colorată — au deobiceiu o nuanță rozată la cadavrele înecate în apă rece.

e) *Putrefacția.* — In timpul cât cadavrul rămâne sub apă, procesul putrefactiv se produce încet, cu atât mai lent cu cât mai răcoros e și anotimpul.

Putrefacția — care e mai accelerată în apa stătătoare decât in cea curgătoare — pornește dela față și partea superioară a pieptului, de unde se întinde la umeri, brațe, abdomen și membrele, inferioare.

De îndată însă, ce cadavrul revine la suprafață sau e scos din apă, procesul se accelerează în măsura în care e avansată și macerația și ajută și temperatura mai ridicată a atmosferei. Vara cadavrul se umflă, are fața desfigurată, iar petele caracteristice putrefacției sunt mai mari la față, gât, partea superioară a pieptului și la genitalele externe. — Pe cadavrul rămas vreme îndelungată sub apă se pot nota, după durata acestei șederi în mediul de submersiune, patru fraze ale procesului protrefactiv: 1) apariția petelor verzui; 2) putrefacția gazoasă; 3) ramolirea țesuturilor; 4) saponificarea, care incepe în a 4-a lună de menținere sub apă. In această ultimă fază se incrustează pe suprafața corpului și corpii streini din mediul de submersiune.

După o ședere de doi ani în apă, părțile moi ale cadavrului sunt complect distruse.

f) *Leziunile de eroziune.* — Cele dela degete sunt consecutive fie sforțărilor făcute de înecat spre a se salva, fie convulsiunilor agonice.

La cadavrele din apele curgătoare mai repezi, unde sunt mânate de curentul apei în poziția de decubitus abdominal, se notează zdreliri la cap, genunchi, mâni și dosul degetelor dela picioare.

4. Semnele interne

Notațiunile specifice morții prin submersiune — consecutive dublei acțiuni a inspirațiunii și a resorbțiunii lichidului sau semilichidului — se pot face numai în tipul asfixic, nu și în cel sincopal în care reacțiunea vitală e fulgerător suprimată. De unde urmează, că trebue examinate: repartiția masei lichide ori semi-lichide (cu corpii streini suspendați în ea) în interiorul corpului: leziunile anatomice pricinuite de această penetrațiune.

I. Repartiția lichidului ori a semi-lichidului

E stabilit că aproape jumătate din massa de pătrundere se oprește in plămâni; restul se repartizează in celelalte părți; imbibă mai puțin țesutul muscular al scheletului decât miocardul; diluează mai puțin sângele arterial de cât cel venos.

A. **Plămânul.** — Lichidul e aspirat de sistemul limfatic și, în cursul procesului de filtrare care se produce, corpii streini suspendați se fixează în parenchimul pulmonar, iar lichidul epurat, la care se adaugă mucus și bule de aer, se transformă într'o spumă fină, îngrămădită în plămâni, bronchii (până în cele mai mici ramificațiuni), trachee, laringe și faringe, debordând pe gură și nas. De cantitate variabilă (după durata agoniei) și cu tendința de a dispare după moarte, spuma din căile aeriene e divers colorată: albicioasă, gălbue, rozată, roșiatică, sanguinolentă (mai ales la copii).

De reținut: cu ocazia manoperelor de readucere la viață, atunci când moartea reală e deacum instalată, lichidul, ce se găsia in cavitatea bucală și în părțile superioare ale căilor aeriene, poate fi atras în plămân până'n alveole.

B. **Stomacul.** — Prezența în stomac a substanței de submersiune (cu corpii streini suspendați in ea) se explică prin mișcările de deglutiție din cursul procesului asfixic. Cantitatea oscilează intre o jumătate de litru și 1—2 litri. In putrefacție, pe cale de imbibiție, lichidul, parțial sau chiar total, dispare din cavitatea gastrică.

C. **Intestinul.** — Lichidul se poate uneori găsi în duoden, in jejunum și excepțional până în ileon.

D. **Urechea mijlocie** (cavitatea timpanică) poate și ea să conțină uneori o parte din massa de submersiune.

II. **Repartiția corpilor streini suspendați în masa de submersiune.**

Corpii streini — cari pătrund și in *vagin* — se repartizează uniform în *plămân*, afară de zonele de atelectazie. Repartiția e respectată și de însăș putrefacția.

Corpii streini se regăsesc în toate regiunile unde a pătruns și lichidul *(stomac, intestinul subțire, urechia mijlocie)*.

Ei se notează deasemenea în *sistemul limfatic* și în *vasele sanguine*, în cari au pătruns pe cale de filtrare.

III. **Leziunile anatomice**

A. **Creerul:** replețiune sanguină.

B. **Edemul glotei.**

C. **Mușchii gâtului și ai pieptului:** echimoze de mărime variabilă, îndeosebi în sterno-cleido-mastoidian, în scalen, în marele și micul pectoral. Echimoze de valoare diagnosticală relativă, pentrucă ele pot avea ca origine manoperele de respirație artificială, după scoaterea corpului din lichidul de submersiune.

D. **Căile aeriene.** — 1. *Echimozele asfixice* se notează pe mucoasa căilor aeriene superioare, însă numai când massa de submersiune e de o mare densitate; când densitatea masei e mică, notațiunea e excepțională. — 2) uneori se notează un *edem apos* la intrarea laringelui; nu e însă semn specific înecării.

E. **Plămânii.** — 1. *Petele lui Tardieu* sau lipsesc cu totul sau sunt puțin numeroase și slabe. In schimb, se pot nota excepțional echimoze de dimensiuni mai mari, de un roșu spălăcit și localizate îndeosebi în interstițiile dintre loburi.

2. Un alt semn e *volumul mărit* al plămânilor, pe suprafața cărora se observă impresiunile coastelor. Dar dilatațiunea aceasta poate lipsi atunci când, în viață, ambii plămâni au fost sudați de pereții toracici și de diafragmă. In sudările unilaterale, numai plămânul neaderent se umflă; în sudările locale, numai în aceste zone plămânul rămâne nedilatat. Aderențele slabe nu constitue un obstacol la dilatarea pulmonară.

3. Semnul pulmonar capital e *emfizemul* apos astfel botezat de *Brouardel* și care se caracterizează prin starea emfizematoasă a unei părți a parenchimului și imbibarea cu apă a restului acestuia (îndeosebi lobii superiori și zonele din vecinătatea hilului). La pi-

păir plămânii — a căror greutate ajunge până la 900 gr. şi chiar mai mult, iar excepţional până la 1.600 gr. — dau senzaţia unui burete imbibat cu apă. — In emfizemul apos, din plămânul secţionat ţâşneşte o spumă analoagă cu cea notată în căile aeriane.

4. *De notat: a)* în cazurile de readucere la viaţă de scurtă durată, în urma respiraţiei artificial restabilită, se poate întâmpla ca apa din căile aeriene şi din plămâni să fie resorbită şi astfel să dispară edemul apos şi să se reducă volumul plămânilor.

b) Semnele pulmonare lipsesc de regulă în cazurile de preexistenţă a unui emfizem pulmonar, a unei tuberculoze pulmonare, a unui plămân indurat sau a unei leziuni traumatice directe.

F. **Inima:** repleţiunea şi dilatarea ventriculului drept cu sânge fluid, excepţional mai îngroşat şi cu cheaguri rare. După o şedere în apă de 1—2 luni, în timpul verii, nu se mai găseşte sânge în inimă şi în vasele mari.

G. **Sângele,** de culoare vişinie, e diluat şi caracterizarea lui ca sânge de înecat se face prin: crioscopie, determinarea gradului de hemolisă, conductibilitatea electrică şi identificarea urmelor de corpi streini suspendaţi în mediul de submersiune (vezi: *Vol. I, pag. 454—459).*

H. **Ficatul.** — Etienne Martin a atras atenţia asupra modificărilor suferite de ficat: greutate mărită, culoarea drojdiei de vin; la incizie se scurge în abundenţă un sânge negru.

I. **Splina:** anemie frecventă, cu capsula palidă, încreţită pe ambele feţe.

5. Diagnosticul diferenţial etiologic

Adică: moartea e ea datorită înecării, ori ne aflăm în prezenţa unui cadavru căzut, aruncat în massa de submersiune, ori a unui cadavru de persoană subit moartă în această massă?

In prealabil vom expune pe scurt etiologia morţii prin submersiune:

I. **Sinuciderea** e o foarte frecventă varietate etiologică a înecului. Unică, multiplă (dublă, triplă, colectivă) se întâlneşte la toate vârstele şi la ambele sexe.

In sinuciderea solitară, femeea dă un contingent mai mare, aproape dublat, decât acela al bărbatului. In forma multiplă se disting două categorii: sinuciderea familială (mizeria, disperarea): sinuciderea în grup a unor persoane fără legături de sânge, ca manifestare a unei aberaţiuni mintale colective.

Frecvenţa, fie în formă unică fie în cea multiplă, mare în anotimpul călduros, e mică în cel răcoros şi aproape nulă în lunile de iarnă. Maximul ni-l oferă vara. Atunci însă când e vorba de sinuciderea într'un loc închis (basinul unei băi publice, cada unei băi particulare, etc.), ea se poate înregistra în orice anotimp.

Să notăm că se prezintă şi cazuri de sinucidere *simultană.*

II. **Accidentul,** formă foarte frecventă a înecului, se notează la orice vârstă, indiferent de sex, şi la orice epocă a anului. Inecul accidental poate fi unic ori multiplu.

Diagnosticul cauzei e întemeiat pe argumente trase din anamneză şi din examenul cadavrului. Pe baza observaţiilor făcute să exemplificăm posibilitatea accidentului:

1. *Alunecarea pe fundul apei:* persoana îşi pierde echilibrul, chiar într'un loc unde adâncimea e destul de mică.

2. *Nimerirea într'o depresiune a fundului apei.*

3. *Se aruncă în apă dela o înălţime relativ mare şi,* fie în izbirea bruscă a corpului de suprafaţa apei, fie în izbirea de fundul acesteia ori de un obiect dur plutitor (lemn, barcă, etc.) sau imobilizat (piatră, etc.), *se răneşte şi astfel e lipsit de puterea necesară spre a se apăra contra inecului.*

4. *Căderea în massa de submersiune* (lichidă ori semi-lichidă), *indiferent de adâncimea ei: a)* sub povara unei greutăţi încărcată în spinare cade cu faţa în jos într'o băltoacă adâncă de numai 15 cm., şi se îneacă *(Küntz); b)* cade dela o înălţime de 11 m. cu faţa în jos într'o băltoacă îngheţată de numai 10 cm., adâncime: pojghiţa subţire de ghiaţă se sparge şi faţa rămâne prinsă în gaura formată — iar victima accidentului moare înecată *(Tourdes).*

5. *Răsturnarea unei bărci; naufragiul unei corăbii, al unui vapor.*

6. *Accidentul profesional:* pescuitorii de bureţi, de mărgean, de perle; plongeurii exibiţionişti: pescarii obicinuiţi: înotătorii de profesie, concursurile de înnot, etc.

7. *Un început de asfixie de altă origine:* curăţitorii de latrine, curăţitorii de canale subterane, sufocaţi de gazele mefitice cad şi se înneacă în massa de sub picioarele lor.

8. *Starea de inconştienţă:* în somn, narcoză, hipnoză, beţie, cade şi se îneacă (Un beţiv cade cu faţa într'o băltoacă formată prin topirea zăpezii — *Taylor.* — Un beţiv cade cu faţa în băltoaca formată de propriile lui vărsături).

9. *O stare patologică preexistentă sau subit deslănţuită:* acces epileptic, paralizia inimii, apoplexie, comoţie cerebrală consecutivă căderii *(a.* In cursul unui acces epileptic o spălătoreasă cade cu capul în albie. — *Liman.* — *b.* Se îneacă din cauza timpanului perforat — *Schlitter,* 1927).

III. **Crima.** — Abstracţie făcând de pruncucidere, atunci când victima e un adult, crima e cel mai rar tip etiologic al morţii prin înec. E nevoie ca adolescentul sau adultul să fie surprins sau să se găsească într'o vădită stare de inferioritate naturală sau patologică faţă de agresor sau agresori, — stare preexistentă sau creată prin violenţe premergătoare înnecării criminale.

IV. **Pedeapsa cu moartea** o pomenim numai ca o reminiscenţă din istoria unor ţări, fie ca sancţiune codificată (paricidul, femeea adulterină), fie ca represiune cu ocazia marilor convulsiuni politice şi sociale (sinistrele isprăvi ale conventionalului Carrier: faimoasele „noyades" cu miile ordonate de el la Nantes au desonorat Revoluţia franceză).

Să trecem acum la diagnosticul de diferenţiare a cadavrului unui înnecat de cadavrul unei persoane care a murit de altă cauză.

A. Semnele exterioare

I. **Nu se notează nimic suspect.** — Moartea poate fi *subită* înainte de înnec: sincopa; inhibiţia (contactul brusc cu apa rece; şocul produs prin isbirea abdomenului de suprafaţa apei, în aruncarea în aceasta dela oarecare înălţime); *hemoragia cerebrală; paralizia cardiacă* (urmare a presiunii exercitate asupra inimii de stomacul plin); *asfixia prin aspirarea sub apă a propriilor vărsături; cardiopatia preexistentă; întreruperea respiraţiei* prin presiunea exercitată de stomacul plin asupra diafragmei.

II. **Se notează particularităţi suspecte**, *în ce priveşte reducerea sau chiar suprimarea libertăţii de mişcare a persoanei scoase din massa de submersiune* (imobilizarea membrelor, greutăţi legate de corp), *sau prezenţa unor corpi streini în orificiile căilor respiratorii.* — **Nu e dovadă peremptorie de intervenţia unei mâni streine.** Observaţii controlate stabilesc contrariul:

a) Un bătrân, desperat de căpătarea unui şancru, îşi prinde de fiece mână câte un fier de călcat; *b)* un alt sinucigaş îşi leagă picioarele; *c)* un altul îşi leagă un bolovan de gât; *d)* un sinucigaş îşi leagă capul cu un sac; *e)* un altul îşi umple buzunarele cu greutăţi mari; *f)* o femee işi astupă nările cu câte un dop, iar pe gură îşi bagă un tampon; *g)* unul, după ce şi-a legat picioarele şi de ele o greutate mare, şi-a legat singur şi mâinile şi apoi s'a aruncat în apă.

III. **Se notează semne de violenţă.** — In primul loc trebue făcută diferenţiarea vitală şi post-mortală a leziunii, fără să mai vorbim de rănile vitale cari s'au putut produce fie în innecul-sinucidere fie în înecul-accident, sau de acele cari au putut deacum exista înainte de contactul corpului cu massa de submersiune.

a) In sinucidere sau accident se pot observa leziuni vitale din cele mai grave: fracturi craniene, luxaţia umărului, fractura braţelor ori a picioarelor, grave contuziuni sau chiar tăituri şi înţepături.

b) In sinucidere se pot nota semnele unei tentative de auto-strangulare, de auto-spânzurare, de rănire cu orice fel de instrument, inclusiv arma de foc. — Observaţii: 1. O fată de 20 ani întâiu se strangulează cu o legătură şi apoi se întinde cu faţa în jos, în cada băii *(Hofmann)*. — 2. Unul îşi dă în piept o lovitură de cuţit mortală şi apoi se aruncă în apă. — 3. Un sinucigaş după ce'şi strânge gâtul cu o frânghie, îşi descarcă un foc de revolver în regiunea precordială şi apoi cade în apa pe marginea căreia se afla. — 4. Unul se spânzură de felinarul depe marginea apei; legătura se rupe şi spânzuratul cade în apă *(Haberda)*. 5. Un individ se spânzură de craca unui copac depe marginea apei; sfoara se rupe şi cadavrul cade în apă *(Minovici, 1921)*.

c) Leziunile dela mâni am văzut, pot fi consecutive convulsiunilor asfixice.

IV. **Leziunile post-mortale.** — Moartea e datorită exclusiv submersiunnii, dar leziunile constatate sunt de origine post-mortală. De exemplu:

a) *Urmele de strangulare.* — Acestea nu trebuesc întotdeauna interpretate ca pecete a crimei: şanţul dela gât poate fi un efect al putrefacţiei care, prin umflarea corpului, provoacă presiunea gulerului, a cravatei, a fularului, care astfel lasă o amprentă suspectă; amprentele degetelor pot fi acele ale unui tovarăş de nenorocire care, în lupta de a se salva, se prinde de gâtul celuilalt.

b) *Rănile consecutive frecării corpului de fundul sau de marginea apei, de obiectele întâlnite în cale.*

c) *Rănile*, uneori de o gravitate mare, *făcute de lopeţile bărcilor, de drage, de helicele vapoarelor* (când se notează desfigurări. striviri, spintecări abdominale, amputări, decapitări).

d) *Rănile făcute de peşti, diversele specii de raci, paserile care se cufundă în apă, mamiferele ce trăesc şi sub apă (şoarecii, lutrul).*

e) *Leziunile făcute de instrumentele întrebuinţate pentru scoaterea cadavrului (cange, etc.).*

f) *Macerarea şi putrefacţia* provoacă desprinderea unor părţi ale corpului şi cari sunt luate de curentul apei.

V. **Caracterele macroscopice pentru diferenţiarea rănii vitale de cea post-mortală** la un'cadavru de înnecat, notate pe cale de experienţă, n'au nici o valoare diagnosticală, pentrucă particularităţile sunt în funcţiune de temperatura apei la diversele ei adâcimi, de temperatura atmosferică şi de mersul putrefacţiei.

Sub beneficiu de inventar relevăm rezultatul experienţelor făcute de Mark (1928):

Sângele dintr'o rană făcută cu mai puţin de 24 ore înainte de innecare, dispare in apă. Dacă rana are o vechime de 3 zile, urmele reacţiunii vitale persistă.

VI. **Poziţia corpului** nu e nici ea concludentă pentru teza crimei. Dovadă următoarele observaţii: 1) o femee sparge ghiaţa unei mlaştini şi-şi bagă capul în apă *(Smith)*. — 2. O femee îngenunchează şi-şi bagă capul într'o găleată plină cu apă *(Taylor)*. — 3. Un ofiţer în retragere, de 70 ani, cu picioarele legate cu o cravată, se întinde cu faţa în jos într'un şanţ plin cu apă de o adâncime de 60 cm.

B. Semnele interne

Cele specifice, descrise la autopsia innecatului, precum am arătat, nu se găsesc în moartea prin innecul-inhibiţie. Deasemeni nu le vom putea nota în moartea subită intervenită înainte de innec, nici în cadavrul unui individ în prealabil otrăvit sau mort în urma unui şoc inhibitoriu şi ulterior aruncat în apă.

Diagnosticul diferenţial priveşte dar exclusiv moartea prin innec consecutivă asfixiei. Semnele sunt acele ale aspiraţiei vitale a lichidului sau semi-lichidului de submersiune.

I. **Spuma din tractul aerian** (laringe, trachee şi bronchii) nu are o valoare diagnosticală absolută, pentrucă:

1. Ea se poate nota şi la cadavrele persoanelor cari au murit altfel decât innecate. Aşa: *în strangulare, spânzurare: în edemul pulmonar acut la cardiaci şi la nefritici; în congestiunile pulmonare ale agoniei prelungite; în turbare.*

2. *Spuma de formaţiune post-mortală*, consecutivă pătrunderii după moarte a apei în căile aeriene. Apa aceasta, amestecată

cu aerul, — care deasemenea a pătruns în cursul manipulărilor cadavrului pentru scoaterea lui — dă naştere la o spumă bronchică.

Numai examenul atent al spumei ne poate edifica asupra adevăratei sale origini. *Nici spuma din morţile indicate la punctul 1, nici aceea de formaţiune post-mortală nu e fină, deasă, aderentă de mucoase şi abundentă ca spuma din asfixia prin înnec.*

5. *Se poate întâmpla ca spuma să nu se mai găsească,* deşi e neîndoios că moartea a fost consecutivă înnecului prin asfixie. Absenţa aceasta e un efect al putrefacţiei: împinsă de gazele constituite în cavitatea abdominală, spuma se retrage progresiv spre orificiile căilor respiratorii, spre a se şterge şi de pe buze şi dela nări. Persistenţa spumei e mai mare iarna (8—15 zile) decât vara (5 zile).

II. Edemul pulmonar apos, care e foarte rezistent la putrefacţie, atunci când se găseşte, e un semn caracteristic al înnecului, deoarece diferenţiarea lui de edemul pulmonar obicinuit se face şi macroscopiceşte, dar mai ales la microscop: alveolele sunt dilatate, cu septurile rupte. Dar nu se notează decât în aproape 50% din cazuri.

III. Prezenţa corpilor streini în aparatul respirator are o valoare diagnosticală covârşitoare, atunci când aceşti corpi se identifică dincolo de al doilea rând de ramificaţii bronchice (experienţa lui *Bougier*). Nici la cadavrele proaspete nici la cele deacum intrate în putrefacţie de persoane neînnecate în viaţă, corpii streini suspendaţi în massa de submersiune nu se pot găsi în cele mai fine ramificaţiuni bronchice, în alveolele pulmonare. — Aceeaş observaţie pentru urmele de materii alimentare cari, sub acţiunea gazelor putrefacţiei, au ajuns în căile aeriene: conţinutul stomacal, prin presiunea exercitată asupra pereţilor organului, se înalţă pe esofag până la faringe, de unde se revarsă în laringe şi trachee. Un fenomen analog se poate nota la răsturnarea sau numai înclinarea cadavrului cu capul în jos.

IV. Prezenţa lichidului ori a semi-lichidului în urechea mijlocie are o valoare diagnosticală redusă, deoarece particularitatea poate fi şi de origine post-mortală.

V. Prezenţa lichidului ori a semi-lichidului în tubul digestiv (stomacul şi intestinul subţire) e un efect al deglutiţiei vitale. In nici un caz cantitatea pătrunsă *post-mortem* nu poate fi atât de mare ca aceea înghiţită în timpul asfixiei. Valoarea semnului e neîndoioasă dacă în conţinutul stomacal şi în acela al intestinului subţire se identifică şi corpii streini suspendaţi în massa de submersiune.

Fireşte că prezenţa lichidului în duoden şi cu atât mai mult în jejunum şi în ileon e un semn de certitudine absolută al morţii prin înnecare. *Ziemke*, însă observă că, la cadavrul în putrefacţie, din cauza slăbirii sfincterului piloric, o parte din conținutul stomacal se revarsă în duoden.

VI. **Sângele.** — Caractersticile sângelui de înnecat (descrise la examenul necropsic) nu se mențin decât la cadavrul neputrefiat.— In caz de putrefacție și când se mai găsește sânge în ventriculul stâng, prezența, in acest sânge, a corpilor streini suspendați în mediul de submersiune e o dovadă indiscutabilă de moarte prin înnec.

6. Identificarea mediului de submersiune

Se examinează pedeoparte sângele inimii stângi, pe de alta părți din massa de penetrațiune în aparatul respirator, în cavitatea timpanică și in tubul digestiv.

I. **Sângele.** — In el se pot identifica nu numai lichidele de natură specială (alcoolul), dar și corpii streini solizi sau fragmente de ale acestora, de un volum cel mult egal cu acela al unei globule roșii, pentrucă numai astfel pot. în timpul agoniei, să străbată pereții alveolari spre a trece în torentul sanguin. Indeosebi în ce privește identificarea planchtonului mineral, ea se face prin centrifugarea sângelui prelevat din ventriculul drept; apoi se examinează la microscopul polarisor. — Există însă o *cauză de eroare* semnalată de *Strassmann* și *Fraenckel:* particulele de siliciu din planchtonul mineral se găsesc și in acidul clorhidric întrebuințat ca reactiv. — Totuș planchtonul vegetal, chiar dizolvat, se poate uneori identifica prin prezența în sângele inimii a firelor de amidon, cari nu se găsesc niciodată în sângele celor morți dintr'o cauză alta decât înnecul.

II. **Aparatul respirator, cavitatea timpanică și tubul digestiv.** — Identificarea se face macroscopicește, pe secțiune, la microscop și prin reacțiuni chimice.

1. *Sunt lichide (alcoolul, păcura, petrolul, benzina, diversele uleiuri și grăsimi alimentare, etc.)* cari se identifică și macroscopicește prin colorațiunea și mirosul lor. Se complectează prin examenul densității specifice și prin acela al proprietăților chimice. — E de observat că nu orice lichid aspirat își păstrează, in alveolele pulmonare, particularitățile inițiale: epurat întâiu prin procesul de resorbțiune, se amestecă apoi cu secrețiunea exudativă a parenchimului pulmonar.

2. *Corpii streini suspendați în mediul de submersiune.* — Identificarea acestora in organism, chiar în cel putrefiat, e hotărîtoare, pentrucă, pe cale de comparație, se identifică însuș mediul. In adevăr, nu aceiași corpi streini se găsesc suspendați în toate apele, precum corpii streini din conținutul haznalei unei latrine, din lături, din apa canalelor de scurgere, din vărsături nu se găsesc in apă, păcură, petrol, benzină, etc. — De exemplu, în lichidul pătruns în

căile aeriene, s'a găsit un fragment de carne, de pâine, provenind din conţinutul stomacal, pe cale de aspiraţie a vărsăturilor.

In ce priveşte *planchtonul apei*, el diferă după cum aceasta din urmă e dulce sau sărată, curgătoare sau stătătoare. Deosebim:

a) *Planchton mineral:* fire de nisip, măcinătură de prundiş, elementele fine ale mâlului, particule de sare, etc.

b) *Planchton vegetal:* fragmente mici de plante (alge, diatomee), fragmente de frunze; bacterii.

c) *Planchton animal:* animalcule microscopice; fragmente din corpurile animalelor vertebrate (particule osoase, peri, părţi din pene); fragmente din corpurile insectelor (antene, aripioare, mandibule).

7. Cât timp a stat cadavrul în apă

Diagnosticul diferă după cum cadavrul a fost scos înainte sau după revenirea lui la suprafaţă, după intervalul scurs între extragere şi examen şi după anotimp.

I. **Cadavrul scos depe fundul apei.** — Aspectul tegumentar diferă după cum examenul e făcut în chiar momentul extragerii sau după scurgerea unui timp variabil.

1. *Examinat pe loc.* — Cele dintâiu indicaţiuni întrucâtva precise au fost formulate de *Devergie* cari şi ele variază după anotimp: 5—8 ore de şedere a cadavrului în apă *vara* au de urmare modificări tegumentare asemănătoare cu cele notate după o şedere de 3—5 zile *iarna;* la 24 ore *vara* corespund 4—8 zile *iarna;* la 48 ore *vara*, 8—12 zile *iarna;* la 4—10 zile *vara*, 15—20 zile *iarna*.

După 5—8 ore, epiderma începe să se albească la mâni; *după 24 ore* e albă deabinelea. După 48 ore, epiderma e albită şi la picioare.

La 3—4 zile: sbârcirea epidermei dela palma mâinii şi talpa piciorului.

La 8—9 zile: albirea dosului mânii; faţa de o paloare diferită de aceea a restului pielei.

La 10 zile: epiderma dela mâni se desface ca o mănuşă, dar unghiile se mai ţin.

La 15 zile: faţa buhăită, pe alocuri roşie; mijlocul pieptului colorat în vişiniu.

La 30 zile: faţa de un roşu foarte închis, pleoapele şi buzele verzi; o placă de un roşu foarte închis, cu o zonă periferică verzue, pe partea de sus a pieptului.

La 2 luni: faţa pământie, tumefiată, părul gata să cadă; unghiile persistă.

La 2 luni şi jumătate: unghiile dela mâni cad deacum, cele dela picioare se menţin încă. Saponificarea parţială a obrajilor, a bărbiei, a mamelelor şi a părţii anterioare a coapselor.

La 3 luni şi jumătate: distrugerea parţială a pielei capului, pleoapelor şi nasului; saponificarea părţii superioare a gâtului şi a subsuorilor; ungiile căzute şi la degetele picioarelor.

La 4 luni şi jumătate: saponificarea aproape totală a grăsimii feţei, gâtului, subsiorilor şi părţii anterioare a coapselor, începutul de saponificare a părţii anterioare a creerului; desprinderea şi distrugerea celei mai mari părţi a pielei capului; calota craniană, desgolită, începe să fie friabilă; începutul incrustării calcare pe coapse.

2. *Cadavrul examinat după trecere de un timp dela scoaterea lui din apă:* câteva ore de şedere în contact cu aerul ajung, vara, pentru complecta desfigurare a cadavrului prin accelerarea procesului putrefactiv.

II. **Cadavrul a reapărut la suprafaţă.** — Intervalul de revenire la suprafaţă depinde de mersul putrefacţiei în apă, — mers care e în funcţiune de anotimp şi de natura apei. In medie, vara, corpul nu revine la suprafaţă decât după 2—3 zile dela moarte, rar numai după o zi, şi mai rar după numai câteva ore. Iarna cadavrul poate rămâne sub apă timp de săptămâni şi de luni chiar.

Densitatea apei: în apa de mare sau în lacurile sărate, din cauza densităţii mai mari a lichidului, cadavrul revine mai curând la suprafaţă.

Un cadavru revenit la suprafaţă poate să se scufunde din nou atunci când, sub presiunea gazelor putrefacţiei interne, plesneşte învelişul unei cavităţi a corpului care se umple cu apă.

Cadavrul examinat după revenirea lui la suprafaţă prezintă modificările putrefactive datorite contactului cu aerul. Dar aceste modificări (o coloraţie negricioasă, trecând repede la un verde închis al pielei) se notează numai pe suprafaţa expusă la aer; părţile cari sunt scăldate de apă îşi păstrează aspectul corespunzător duratei şederii în lichid.

III. Durata şederii în apă se mai determină cu ajutorul formulei de calculat a lui Revenstorf, aplicată la examenul sângelui *(vezi Vol. I, pag. 459).*

8. Ordinea morţii în caz de înnec multiplu

Chestiunea se pune în materia civilă a regulării drepturilor la succesiune *(art. 477, 646, 659, 670—680* c. c.).

Expertul, chemat să stabilească ordinea cronologică în care au putut muri persoanele din grupul de înecaţi şi între cari există legături de sânge creând drepturi la succesiune, va ţine seama de vârsta, constituţia fizică, de starea generală, de eventualele leziuni şi afecţiuni preexistente şi interesând funcţiunile vitale ale respiraţiei şi circulaţiei. Deasemeni se va orienta după felul morţii prin înnec: tipul asfixic e de o durată mai lungă decât tipul sincopal care e fulgerător.

CAP. V

OTRĂVIRILE

„Otrăvirea este omorul unei persoane prin întrebuințare de substanțe cari pot cauza moarte, mai curând sau mai târziu, ori și în ce mod ar fi fost întrebuințate sau date acele substanțe“ (art. 231 c. p.).

„Oricine va cauza altuia o boală sau o incapacitate de lucru, dând cu voință și cu orice chip substanțe cari, fără a fi de natură a cauza moartea, sunt vătămătoare sănătății, se va pedepsi...“ *(art. 245 c. p.)*

„Oricine, prin lucruri de mâncare, băuturi, doctorii va face, cu știință, pe femeea însărcinată să lepede, ori cu voia ei sau nu, se va pedepsi...“ *(art. 246 c. p.)*

„Vericine va vinde băuturi prefăcute și amestecate cu materii vătămătoare sănătății, se va pedepsi...“ *(art. 247 c. p.)*,

Se pedepsește ca o simplă contravenție faptul de „a pune spre vânzare lucruri de mâncare stricate, clocite sau vătămătoare, ori poame crude“ *(art. 389, punctul enunciativ No. 11 c. p.)*.

1. **Definiția.**—Cea penală ne-o dă art. 231 reprodusă în capul acestui capitol. Definiția științifică a rămas cea admirabil formulată de Claude Bernard: *„Toute substance introduite dans l'organisme et étrangère à la constitution chimique du sang est un médicament ou un poison“*. Prin insuși faptul că e „streină de constituția chimică a sângelui“ substanța, indiferent de calea de introducere, devine otravă, în înțelesul codului penal, de îndată ce prezența ei in organism are de efect turburarea ori suprimarea cu totul a funcțiunilor vitale. De unde urmează că și medicamentul — în compoziția căruia intră o substanță toxică și capabilă ca, în condițiuni date, în loc să vindece sau să amelioreze boala, dimpotrivă o agravează, o complică sau chiar provoacă desnodământul letal, — tot ca otravă trebue privit.

Codul, definind otrăvirea nu numai ca efect al administrării pure, ci „prin orice mod ar fi fost întrebuințate sau date“, „dând cu voință și cu orice chip“ substanțe vătămătoare sănătății, urmează că va exista o responsabilitate a otrăviirii și in intoxicațiile alimentare *(în penal)* și in intoxicațiile accidentale sau profesionale *(în civil)*.

Legea penală vorbește limitativ de substanțe „întrebuințate“ sau „date“. Și nici nu putea face altfel, pentrucă alminteri ar fi fost să creeze o responsabilitate absolută, cu nesocotirea cazurilor de auto-intoxicație, adică starea morbidă sau moartea pricinuită de toxinele secretate de bacteriile preexistente, nu cu intenţiune criminală introduse în organismul victimei.

In definitiv, misiunea expertului e de a demonstra administrarea, pe orice cale, a unei substanţe, toxică prin ea însăş sau devenită atare fie prin introducerea în compoziţia ei a unui element otrăvitor, fie prin *dobândirea ulterioară a proprietăţii toxice*. Am completat definiţia cu partea subliniată, pentrucă sunt substanţe în sine inofensive (cum e *amigdalina*) cari, în contact cu alte substanţe, capătă o mare putere toxică (în emulsiunea de lapte de migdale, în care s'a introdus amigdalina, se formează, între altele, şi acidul prusic).

2. Mecanismul otrăvirii

a) Administrarea. — Observaţia din urmă ne arată că intoxicarea depinde, în primul loc, de modul de administrare a substanţei toxice sau a celei care în anumite condiţiuni capătă acest caracter.

Un rol de căpetenie il joacă dar modalitatea, formula administrării. Precum sunt formule periculoase, tot astfel sunt altele neutralizante. Totul depinde de solubilitatea toxicului şi de combinaţiunile chimice ce se produc la contactul otrăvii cu substanţa in care e amestecată. Dizolvată, difuziunea otrăvii se face inexorabil; precipitată, dimpotrivă, şi transformată difuziunea e stingherită sau chiar complect anihilată.

b) Calea de introducere obicinuită a otrăvii e cea *bucală* şi numai rareori cea *anală* (clisma, supozitoarele), sau *vaginală* ori *uterină* (spălaturi, manopere abortive). Otrava mai e introdusă pe cale de: injecţii intra-venoase, intra-musculare ori în canalul rachidian; inţeparea cu un corp muiat în otravă, inţepare ori muşcare de animal veninos, inţepare cu un vegetal cu secreţiune toxică; inhalare (otrăvurile gazoase); aspirare (pulberea de substanţe toxice).

c) Resorbţiunea şi difuziunea. — Cu cât mai nemijlocit şi mai repede va pătrunde otrava în sistemul vehiculator, care e circulaţia sanguina, cu atât mai rapid şi mai intens va fi şi efectul. Cele mai nocive sunt deci toxicele introduse pe cale intra-venoasă. Aceeaş doză de otravă e diferit nocivă după cum pătrunde direct în sânge sau mai intâiu pe calea bucală ori anală. Deasemenea e foarte rapid efectul pe calea atacării căilor respiratorii.

Acţiunea asupra organismului mai variază după proprietăţile particulare ale toxicului. Unele cum e CO atacă direct globula sanguină; altele rămân izolate în sânge care le transportă şi le distribue în diversele ţesuturi.

Starea de repleţiune sau de vacuitate a stomacului, în introducerea bucală, joacă un rol in repeziciunea resorbţiunii: mai mare cu stomacul gol şi mai redusă cu stomacul plin. Sunt însă şi excepţii: natura alimentelor ingerate, produsele secretate în cursul digestiunii (cianura de potasiu, dând în stomac peste un mediu acid degajează acidul cianhidric care se resoarbe mai repede); prezenţa in stomac a unor uleiuri grăbeşte dizolvarea toxicului (fosforul de exemplu); dimpotrivă aceiaşi corpi graşi întârzie acţiunea unor otrăvuri determinate (strichnina acidul arsenios).

Sunt substanţe toxice, insolubile in stare pură (strichnina) şi solubile în formă de compus chimic (strichnina clorhidrică, sulfurică şi nitrică).

Acţiunea unora dintre otrăvuri e sporită sau micşorată, după însăş specia florei intestinale.

Sunt toxice (organice) cari, introduse în corp, se disociază — o parte se disolvă şi e resorbită, iar cealaltă parte rămâne intactă şi e regăsită, dacă între timp nu s'a volatilizat.

Cât despre plantele otrăvitoare, puterea lor toxică variază după vârstă, starea de frăgezime ori de veştejire, locul de creştere.

d) **Doza.** — Substanţa toxică, am spus, ori provoacă numai turburări, ori suprimă complect funcţiunile vitale. Aceasta după importanţa cantităţii administrate: vom avea deci o *doză* nocivă sau *toxică* şi una omorâtoare sau doza *letală*. Or, ştiindu-se cu acţiunea otrăvii e proporţionată cu greutatea corpului, farmacopeea a fixat pentru fiecare substanţă doza minimală toxică infantilă şi doza minimală toxică pentru adult, după cum a determinat şi doza minimală letală separat pentru copil şi separat pentru adult.

Dozarea joacă un rol şi în administrarea substanţelor netoxice: o soluţie de sare de bucătărie, suprasaturată, se comportă ca o otravă (moartea unei femei căreia, după operaţie, i s'a făcut, sub ambele mamele o atare injecţie — *Combs*). Un alt exemplu: apa distilată pură, injectată intravenos în loc de ser fiziologic, a cauzat moartea prin hemolisă *(Babcock)*.

e) **Condiţiunile individuale.** — Dar aceeaş doză minimală nu e întotdeauna toxică, precum aceeaş doză minimală nu e întotdeauna letală. Pentrucă efectul depinde, în afară de vârstă, şi de anumite condiţiuni individuale:

1. *Constituţia şi starea de alimentare.*

2. *Starea generală.*

3. *Starea locală:* repleţiunea sau vacuitatea stomacului, constituţia chimică a conţinutului stomacal; starea mucoasei gastrice — ulcerul grăbeşte resorbţiunea, carcinomul şi catarul stomacal din contră, o întârzie, nefritele, stingherind eliminarea, sporesc puterea de difuziune a otrăvii.

4 *Obicinuinţa:* morfinomanii, cocainomanii, arsenofagii.

5. *Idiosincrasia; anafilaxia*

6 *Prezenţa simultană în organism a unor substanţe antagoniste* cari neutralizează sau reduc efectul otrăvii introduse.

f) **Eliminarea.** — Efectele sunt proporţionate posibilităţii de eliminare, rapidităţii acesteia şi cantităţii eliminate.

Eliminarea se face prin vărsături, rinichi, plămâni, glandele salivare, glandele intestinale, secreţiunea biliară, secreţiunea lactară, mucoasele, pielea, părul, unghiile. Agentul cel mai eficace sunt rinichii.

Durata eliminării variază după natura otrăvii, doza acesteia, felul de administrare şi de intervenţia antidotului.

Unele toxice sunt eliminate în *natură* (CO, nitratul de potasiu, alcoolul, eterul, sărurile metalice, uneori şi alcaloizii, atunci când doza a fost prea mare); altele se elimină modificate, când prin reacţiuni de oxidaţie, când prin reducţiune, hidrolisă, combinare sau desagregare.

I. Diagnosticul otrăvirii

In genere, orice îmbolnăvire ori moarte suspectă — subită ori lentă, ajunge să se producă pe neaşteptate, cu semne clinice mai mult ori mai puţin ciudate — trezeşte bănuiala de otrăvire. Iar misiunea expertului e adesea din cele mai ingrate, pentrucă:

a) *Sunt boli fireşti, generale sau locale, al căror tablou clinic se confundă cu acela al unei otrăviri:* holera, febra tifoidă, agonia pneumoniei, peritonita perforantă în ulcerul stomacal sau intestinal, catarul gastro-intestinal, ocluziunea intestinală, piemia, septicemia, leucocemia, auto-intoxicaţia uremică, auto-intoxicaţia în eclampsia gravidică, coma diabetică, atrofia acută a ficatului.

b) *Sunt otrăvuri a căror urmă nu se mai regăseşte* în materiile examinate la omul viu ori mort şi *nici nu provoacă leziuni caracteristice,* de natură a îndreptăţi concluzia hotărît afirmativă a raportului de expertiză. Aceasta din cauză că se distrug prin însăşi acţiunea lor (d. e. morfina).

c) *Sunt otrăvuri cari, în cantitate mică, se găsesc în substanţele alimentare;* acestea odată introduse în corp, toxicul se răspândeşte (urme de arsenic se pot regăsi în ficat, splină, rinichi, corpul tiroid, plămân, sânge, urină, piele, păr, unghii).

d) *Substanţe toxice există normal în organism:* urme de arsenic, cupru, zinc (mai ales la persoanele mai în vârstă).

e) *Toxicul a putut fi introdus în corp pe cale de medicament ori ca antiseptic.*

f) *Otrava din organele examinate* poate să se fi găsit în recipientele de conservare a acestora sau să aibă ca origine o stropire, intenţionată sau nu, a mormântului sau a cadavrului cu o soluţie toxică.

g) *Otrava poate proveni din cosciug şi obiectele din el, din terenul în care se află săpată groapa.*

h) *Ptomainele putrefacţiei* de o constituţie chimică şi de o acţiune fiziologică asemănătoare acelor ale alcaloizilor.

Omul artei îşi întemeiază demonstraţia pe următoarele elemente de edificare:

A. Constatările preliminare:

1. *Informaţiuni cât mai amănunţite asupra împrejurărilor în cari au apărut simptomele, ce anume simptome, precum şi detalii asupra momentului şi felului morţii.*

2. *Îndeletnicirea bolnavului ori a mortului şi a celor din jurul lui.*

3. *Examinarea obiectelor suspecte dela domiciliul ori dela locul unde s'a produs bănuita otrăvire, precum şi dela domiciliul persoanei ori persoanelor asupra cărora cade bănuiala faptei criminale* (vase, farfurii, ceşti, pahare, sticle, sticluţe, prafuri, etc.).

4. *Examenul dejecţiunilor colectate* (vărsăturile, urina, materiile fecale).

5. *Examinarea* — la nevoie cu ajutorul unui technician de specialitate — *a locului unde s'a produs îmbolnăvirea ori moartea, spre a se vedea dacă nu sunt sau n'au putut fi emanaţiuni toxice, astfel ca faptul medical să fie în realitate produsul unei fatalităţi.*

6. *În caz de desgropare, constatările făcute la cimitir:* situaţia topografică a acestuia; constituţia geologică, fizică şi chimică a

solului; prezenţa sau absenţa unei ape, a unui canal de scurgere, a unei mine în preajma cimitirului; natura cosciugului (lemn simplu, lemn vopsit, lemn acoperit cu tablă, sicriu interior confecţionat numai din metal); obiectele ce se mai găsesc în cosciug (rumegătură de lemn, perniţe, flori); prezenţa urmelor de desinfectante în sicriu şi pe cadavru; îmbrăcămintea, linţoliul.

7. *Examenul clinic al persoanei vii.*

8. *Autopsia sistematică şi complectă a cadavrului,* cu notarea îndeosebi a modificărilor morbide (buzele şi cavitatea bucală, inflamaţiile şi necrozele mucoaselor aparatului respirator şi ale tubului digestiv). — *Spectroscopia sângelui.* — *Examenul histologic al porţiunilor din organele prelevate* (creer, plămân, inimă, splină, ficat, beşica fierei, epiploon, stomac, esofag, intestine, rinichi). — *Examenul bacteriologic.* — *Examenul chimic al sângelui,* al vărsăturilor şi al conţinutului stomacal, al fecalelor, urinei şi fierei; al creerului; al plămânilor şi inimii; al rinichilor, ficatului şi splinei; al părului, unghiilor şi oaselor — dar numai al oaselor intacte; al rectului şi vaginului; al petelor de pe haine, rufe, aşternut, etc. — *Experimentarea pe animale a sucului de extracţiune* (Vezi: „*Foaea de examen*", vol. I, pag. 654—661).

B. Semnele clinice

Le vom expune la fiecare din otrăvurile mai frecvent întâlnite. Ţinem numai să observăm de pe acum că:

1. Precum sunt otrăvuri cu efect fulgerător, imediat consecutiv introducerii lor în organism, tot aşa sunt dintre acelea al căror efect întârzie: câteva minute până la câteva ore; uneori şi mai îndelungat, în intoxicaţiunile lente, cu doze progresive. In caz de supravieţuire, deşi otrava a fost complect eliminată, turburări locale sau funcţionale pot persista un timp variabil (natura toxicului şi condiţiunile individuale).

2. In intoxicaţiunile acute, de regulă simptomele se accentuează gradat până'n momentul morţii; sunt însă şi otrăviri ale căror simptome se atenuează la un moment dat, iar după acest interval de pseudo-remisiune, îşi recapătă violenţa primitivă sau chiar una şi mai pronunţată; sfârşitul letal e ineluctabil: moartea rapidă ori lentă.

In otrăvirile nemortale, tabloul clinic, prin efectul eliminării, se estompează la un moment dat, cu totala dispariţie, neîntârziată sau tardivă.

⁂

Antidotul şi *tratamentul* le indicăm mai departe la fiece otravă studiată.

C. Examenul extern al cadavrului

1. *Mirosul* caracteristic înregistrat uneori.

2. *Degajarea unor vapori luminoşi* de pe cadavrul ţinut în întuneric (fosforescenţa în intoxicaţia acută cu fosforul).

3. *Eventualele dermatoze* la locurile de eliminare.

4. *Urmele soluţiilor caustice* la gură, dincolo de comisurile acesteia şi pe mucoasa bucală.

5. *Coloraţia cutanată* mai mult sau mai puţin specifică unei otrăvi determinate sau unui grup toxic (în ce priveşte nuanţa icterică ea poate fi şi efectul unei afecţiuni hepatice preexistente sau al unei injecţiuni premortale cu o anumită substanţă).

6. *Nuanţa deosebită a petelor cadaverice.* Nu e însă un semn de certitudine, pentrucă se poate nota şi în moartea consecutivă unei boli infecţioase sau putrefacţiei.

D. Leziunile anatomice

Le vom arăta la fiece otravă mai des întrebuinţată. *Grosso-modo* relevăm:

1. *Otrăvurile organice n'au vreme să atace organele,* deoarece moartea rapidă e provocată prin suprimarea neîntârziată a funcţiunii respiratorii. Iar atunci când se notează modificări organice, acestea pot avea ca origine şi o auto-intoxicaţie în bolile infecţioase.

2. *Degenerarea ţesuturilor* (granuloasă, grăsoasă) nu e specifică otrăvurilor, ea notându-se şi în: piemie, septicemia consecutivă unei răniri; moartea consecutivă arsurilor, unei boli infecţioase acute.

3. *Creerul.* — a. Un miros particular. De observat că mirosul de aceton se poate înregistra şi în auto-intoxicaţia diabetică; mirosul de eter ori de camforă dacă ante mortem s'a făcut injecţiuni subcutanate. — b) **Modificările vaselor cerebrale:** conţinut anormal de sânge, purpura, degenerarea hialină, îngrămădirea de grăsime în regiunea limfatică.

4. *Modificările eventuale ale căilor de deglutiţie.*

5. *Plămânii:* Mirosul izbitor poate fi o urmare a ingerării, inhalării sau injecţiunii subcutanate, terapeutică, în agonie.

6. *Conţinutul stomacal.* — a. Mirosul caracteristic unor anumite otrăvuri. — *Cauze de eroare:* mirosul alcoolului poate fi consecutiv ingerării unui tonic în timpul agoniei; mirosul substanţei toxice poate proveni dela medicamentul ingerat. — b) Coloraţia e sau cea specifică otrăvii sau aceea a materiei colorante cu care toxicul a fost în prealabil nuanţat prin amestec. Prezenţa sângelui dă conţinutului o nuanţă roşiatică. — *Trebue să indicăm şi cauzele de eroare.* Culoarea verzue, de exemplu, poate fi datorită legumelor sau prezenţei fierei; coloarea roşiatică poate avea ca origine: văr-

săturile incoercibile; descompunerea, sub acțiunea acidă a sucului gastric, a sângelui extravazat din peretele hiperemiat al stomacului: transsudarea sanguină post-mortală a mucoasei gastrice; nuanța roșiatică mai poate fi datorită culorii substanțelor alimentare (morcovi, varză roșie, căpșuni, fragi, etc.). — c) **Corpii streini suspecți** încorporați în conținutul stomacal sau aderenți de mucoasa stomacală.

7. *Pereții stomacului.* — Modificările (procese de iritație, necroza coagulantă) sunt indeosebi isbitoare în otrăvirile cu soluții caustice. — *Cauzele de eroare:* aceleași notațiuni se pot face în: congestiunea pasivă, procesul cataral, hiperemia digestivă, necroza hemoragică, inflamația difterică și flegmonoasă; deasemenea în imbibițiunea și ramolirea cadaverică.

8. *Esofagul, intestinul:* aceleași observațiuni.

9. *Sângele:* hemoglobinurie ori coagularea în vase.

E. Identificarea otrăvii

1. **Pe cale de analiză chimică.** — Sunt excepționale cazurile în cari medicul legist să posedă nu numai cunoștințele dar și îndemânarea reclamată întru facerea unei analize chimice. De aci prețul deosebit ce trebue pus pe o conștiincioasă contribuție din partea chimistului legist: medicului îi incumbă ca, pe baza deducțiunilor trase din anamneză (simptomele) și leziunile anatomice (autopsia), să constate sau cel puțin să bănuiască otrăvirea; chimistul are chemarea să confirme faptul și demonstreze natura otrăvii. Sarcină delicată, uneori extrem de anevoioasă, pentrucă nu orice chimist e capabil să facă o analiză toxicologică. Toxicologia e partea cea mai grea a chimiei — și o proclamăm ca unul care, timp de 14 ani, am fost și chimist legist: expertizele chimico-legale nu trebue încredințate decât chimiștilor specializați în materie, cu o bogată experiență în chimia generală și cu cunoștințe temeinice de chimie biologică. De preferat ca chimistul legist să fie și farmacist.

De observat în prealabil că, deși otrăvirea e certă, se poate însă întâmpla ca, datorită eliminării, disocierii și volatilizării, să nu se mai găsească o cât de infimă urmă a substanței toxice. In schimb, otrăvurile minerale rezistă putrefacției, oricât de înaintată ar fi aceasta. O mare putere de rezistență ar avea-o și unii alcaloizi administrați în doză masivă. (Morfina regăsită după 13 luni dela îngroape — *Stas*; după 18 luni — *Autenrieth*. Strichnina regăsită după 11 ani — *Tardieu*. Atropina, după câtiva ani — *Ipsen*). Deasemenea substanțele toxice radioactive a căror prezență se poate identifica pe cadavre de mult descompuse, grație examenului *electroscopic*. (O observațiune făcută în 1927: maximul substanței radioactive s'a notat în capul femurului, iar minimul în ficat — *George Muller*, 1929).

Identificarea chimică se face prin: 1. *miros* (fosforul, acidul cianhidric, acidul fenic, cloroformul, laudanum, diversele esențe, etc.); 2. *colorațiunea mucoaselor gurii, esofagului și stomacului* (acizii concentrați, acidul nitric, alcalinele, laudanum, etc.); 3. *întrebuințarea hârtiei reactive (turnesol)* pentru determinarea acidității sau alcalinității substanței toxice; 4. *dialisa* (acizii minerali, acidul sulfuric, silitra, soda și potasa caustică, cloratul de potasiu); 5. *proteolisa* (digestia pepsică sau pancreatică); 6. *distilarea* (substanțele volatile organice și anorganice); 7. *diversele metode de izolare a alcaloizilor vegetali* (procedeele Stas—Otto, Dragendorff, etc.); 8) *procedeele de izolare a otrăvurilor metalice* (Ogier—Kohn—Abrest, Fresenius—Babo).

2. **Identificarea botanică** pentru substanțele de origine vegetală introduse per os (ciuperci, condimente, substanțe abortive, etc.), rect (clisme), vagin (substanțe abortive).

3. **Identificarea zoologică** (afrosidiacele, veninurile).

F. Operațiunile preliminare

1. **Constituirea masei de analizat.** E locul să atragem atenția medicilor însărcinați cu prima autopsie asupra neajunsului pe care-l constitue faptul că uneori trimit la analiză o cantitate extrem de mică din organele de cercetat (chiar numai 50—60 gr.), pe când o analiză temeinică nu se poate face decât cu o massă de cel puțin 3—4 kgr. Din pricina aceasta, e adesea nevoie să se proceadă la desgropare, spre a preleva noui porțiuni din organe; dar nu odată se întâmplă ca din cauza timpului scurs, acestea să fie în stare de putrefacție înaintată ceeace îngreuiază mult, dacă nu chiar zădărnicește analiza chimică.

Massa de analizat se constitue astfel:

a) Se ia o jumătate din fiecare organ și lichid și se constitue o massă unică, din a cărei greutate totală se prelevă o zecime în vederea cercetărilor complimentare

b) Massa unică (minus zecimea) se imparte pe din două: o jumătate e destinată căutării otrăvurilor volatile și metalice; jumătatea a doua servește la căutarea otrăvurilor vegetale și organice de diverse specii.

c) Porțiunea rezervată (zecimea din massa totală) e și ea divizată în două: o parte servește la căutarea specială a cloroformului și a cianurilor disimulate (sulfo-cianurile), iar cealalta la o nouă căutare a metalelor (plumbul, zincul, bariul, argintul) ale căror urme au putut dispare în cursul manipulării celor două jumătăți din massa cea mare.

2. **Se reține o cantitate suficientă de sânge** pentru căutarea oxidului de carbon, a alcoolului și a gazelor din torentul sanguin (spectroscopia și extracția gazelor).

3. **Urina:** o parte e distilată, iar reziduul e tratat în vederea distrugerii materiei organice (căutarea otrăvurilor volatile și metalice); cealaltă parte e concentrată iar reziduul e tratat cu alcool, în vederea căutării speciale a alcaloizilor

4. **Conținutul stomacului**, spata, etc. sunt tratate după indicațiunile particulare pentru fiecare fel de substanță toxică.

5. *Zdrobirea organelor.* — Odată constituită massa de analizat, se procede la zdrobirea părților de viscere, în vederea distrugerii organice (cu mașina de tocat carnea).

6. **Căutarea otrăvurilor gazoase sau cel puțin lesne volatilizabile.** — a) Se ia 2 treimi din organe. Din massa obținută prin zdrobire și amestec se rezervă un sfert.

b) Partea cea mai mare (formată din trei sferturi) e acidulată cu acid tartric, pentruca reacțiunea să fie acidă.

c) Partea mai mică (sfertul) se împarte, la rândul ei, în două: o jumătate e acidulată prin acidul tartric, iar cealaltă e tratată cu leșie de sodă.

7. **Distrugerea materiilor organice în vederea căutării toxicelor metalice.** — S'a recurs și se recurge încă la diverse procedee.

a) Unele au ca bază *calcinarea*: metoda lui *Verryken*; bomba colorimetrică a lui *Berthelot* adaptată de Bertrand.

b) Altele au ca bază *acțiunea acidului nitric*: procedeul lui *Filhol* și al lui *Gautier* — acțiunea combinată a acidului nitric și a acidului sulfuric; metoda *Flandin-Danger* — utilizarea acidului sulfuric concentrat și a acidului nitric; metoda *Pouchet* — utilizarea unui amestec de acid nitric și de disulfit de potasiu; procedeul lui *Denigès* — acidul nitric și acidul sulfuric adiționate cu permanganat de potasiu; procedeul lui *Meillère* — atacarea cu acidul nitric și adiționarea manganezului ca substanță activantă; procedeul lui *Bielenu* — acțiunea acidului sulfuric a vaporilor nitroși și a unei substanțe activante (sulfatul de cupru, manganezul sau sulfatul de mercur).

Nici una însă din aceste metode nu oferă avantagiile procedeului de distrugere prin utilizarea cloratului de potasiu și a acidului clorhidric (spirt de sare), clorul în stare născândă *(Ogier-Kohn-Abrest)*. Terciul obținut din zdrobirea viscerelor și din amestecul lor cu apă, e pus într'un balon mare cu o capacitate de 2—3 litri și tratat cu un exces de clorat de potasiu, iar în amestecul obținut se dizolvă o cantitate de gaz clorhidric, strict suficientă spre a da lichidului apos, care scaldă viscerele zdrobite, concentrarea necesară atacului cloratului.

8. **Lichidul obținut din distrugerea materiilor organice** se precipită prin hidrogenul sulfurat.

9. **Izolarea alcaloizilor:** după ce viscerele au fost macerate în alcool, se separă acesta din urmă: din lichidul rămas după îndepărtarea alcoolului (mediu alcalin sau mediu acid) se extrag alcaloizii, cu ajutorul diverșilor dizolvanți (eterul, benzolul, cloroformul, etc.). — Metoda cea mai curent întrebuințată e aceea a lui *Stas-Otto*, modificată de Ogier și Kohn-Abrest.

II. Diagnosticul etiologic

Acută sau cronică, otrăvirea poate îmbrăca următoarele caractere:

1. Crima. — Administrarea otrăvii se prezintă sub forme variate:

a) *In mâncare, băutură.*

b) *Sechestrarea victimei într'un spațiu confinat cu aerul saturat de vapori otrăvitori.*

c) *Intrebuințarea anestezicelor* (cloroformul). Cazurile cele mai frecvente sunt acele de surpriză, de absența sau de frângerea rezistenței victimei.

d) *Leacurile procurate de empirici.*

e) *Crima științifică:* experiențe făcute asupra persoanelor vii cu diverse substanțe ori preparate.

2. **Sinuciderea** dă un contingent foarte mare, mai ales printre femei.

3. **Intoxicația alimentară.**

4. **Intoxicația profesională:** persoanele cari manipulează substanțele sau lucrează în laboratoarele și uzinele chimice, în fabricile de culori, fabricile de oglinzi, în mine.

5. **Accidentul:** spargerea unui recipient de substanțe toxice; surprins în timpul somnului de emanațiuni deletere: accident în cursul anesteziei.

6. **Neprevederea:** întrebuințarea fără prescripție cu dozare medicală, a substanțelor toxice.

7. **Eroarea:** înghițirea din greșeală (confuzie) a soluțiunii toxice în locul unei băuturi anodine: înghițirea din inconștiență (copii și chiar adulți) a unei materii toxice: greșala făcută de medic în dozarea prescripțiunii (responsabilitatea farmacistului e acoperită, atunci când pe ordonanță, cu propria lui mână, medicul a scris și subliniat: *sic volo*); eroarea făcută de farmacist de a elibera un medicament, inofensiv într'o anumită boală, pentru un alt bolnav la care există idiosincrasia, anafilxia față de substanțu conținută în preparat: eroarea făcută în administrarea unui medicament de medic, moașă, infirmieră (o soluție otrăvitoare în locul uneia nevătămătoare: administrare pe cale bucală, rectală, vaginală).

8. **Obicinuința, patima, viciul:** arsenofagii, opiofagii, morfinomanii cocainomanii.

III. Diagnosticarea felului de otravă

In ce privește substanțele toxice, vezi cele 5 tabele din art. 26 al Regulamentului droguеriilor și vânzării substanțelor medicamentoase, rezumate de noi în vol. I, pag. 155. Debitarea stupefiantelor (opiul și preparatele sale sub orice formă, morfina, codeina, cocaina și derivații ei; hașișul și preparatele sale: etherul, precum și orice alte substanțe naturale sau sintetice cu efecte similare stupefiantelor) e îndeosebi regulamentată prin „Legea pentru combaterea abuzului cu stupefiante" dela 12 Aprilie 1928. Consultați ulterior de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, ne-am așternut într'un memoriu modificările de cari e susceptibilă această legiferare. Așa, de exemplu, găsim excesivă restricția de care sunt lovite codeina și sărurile ei. Socotim necesară fixarea unei limite maxime *pro dosi* și *pro die* a cantității din injecțiile subcutanate. Referitor la repetarea ordonanței medicale, propunem să se specifice în regulamentul de aplicare a legii: doza *pro die*, intervalul minim între repetiri; repetarea să fie încuviințată numai pentru ordonanțele ce prescriu preparațiuni destinate a fi absorbite pe cale stomacală, cu condițiunea însă ca în aceste preparate să nu intre decât maximum 12 ctgr. de extract de opiu sau 5 ctgr. de chlorhydrat de morfină, de dyacetilmorfină sau de cocaină. Mai adăugăm: în ce privește cocaina, în afară de aplicațiunile chirurgicale (tratarea bolilor de ochi, nas și gât), ea poate fi înlocuită prin anestezia locală: pentru tuse să nu se prescrie decât codeina.

Pentru clasificarea substanțelor toxice s'au propus numeroase formule: 1) organice, anorganice, plantele otrăvitoare, veninul animalelor, metabolice și alimentare — *Lewin;* 2) anorganice, organice și gazoase — *Gautier;* 3) iritante și corosive, hipostenisante sau choleriforme, narcotice și tetanice — *Tardieu;* 4) otrăvurile după predilecția de localizare a efectelor: hematice, neurotice, neuro-musculare, musculare, iritante și corosive—*Rabuteau*. Socotim că, pentru practica medico-legală, cea mai adecuată e următoarea diviziune, pe care am și adoptat-o: gazele toxice; otrăvurile volatile; otrăvurile metalice; acizii, substanțele iritante, corosive și antisepticele de origine minerală; alcaloizii și plantele otrăvitoare; otrăvurile de origină animală; intoxicațiile alimentare; otrăvurile mecanice.

Esențialul. în expertiza medico-legală fiind de a identifica substanța toxică prin tabloul clinic și caracterizarea leziunilor anatomice, dacă există, nu vom intra în detaliul mecanismului acțiunii fiecărei otrăvi în parte, aceasta fiind de resortul unui tratat de toxicologie pură; ajung indicațiunile date asupra mecanismului otrăvirii în general.

A. Gazele

1. Oxidul de carbon

a) **Proprietăți.** — Produs al combustiunii și deosebindu-se de acidul carbonic prin aceea că în compoziția lui moleculară cărbunele și oxigenul intră în părți egale, pe când în CO_2 proporția de oxigen e dublă CO e un gaz incolor. Numai atunci când temperatura dedeasupra focarului de ardere e foarte ridicată, oxidul de crabon, ajungând la acest nivel, *se inflamează și arde cu o flacăre albăstrue.* — Inodor în stare pură (vaporii de cărbuni aprinși — tocmai deaceea prezența lui, chiar în stare de mare îngrămădire într'o încăpere, nu e simțită). CO își trădează prezența *numai în formă de amestec* (gazul aerian), printr'un miros particular.

Nu e numai irespirabil ca acidul carbonic, dar posedă o proprietate caracteristică: pătrunzând în plămâni pe calea respirației, trece în sânge pe care-l atacă: fixându-se pe hemoglobina, cu care se înfrățește și constituind o combinațiune (*stabilă* — teoria clasică; *instabilă* — carboxihemoglobina, după părerea mai nouă a lui Nicloux), *reduce sau chiar anihilează capacitatea globulelor sanguine de a absorbi oxigenul necesar funcțiunii vitale a respirației.*

In ce privește doza sau mai bine zis proporția în mediul de respirație. CO e de o mare toxicitate: ajunge 1/200.000 pentruca prezența lui în atmosferă să cauzeze ușoare turburări caracteristice. *Grehaut* a stabilit că, inspirat timp de 30 minute, și în proporția de 1 la 1,430, CO paralizează acțiunea unui sfert din globule, iar în proporția de 1 la 800 nimicește capacitatea de absorbțiune oxigenică a jumătății din numărul acestor globule.

Agravarea tabloului clinic până la moarte e în funcțiune, pe deoparte de proporția lui CO în aer, pe de alta de durata respirației atmosferei astfel viciate. Rezultatele experiențelor întreprinse atât asupra animalelor cât și asupra omului diferă, pentrucă trebuie să se țină seamă și de condițiunile individuale: vârsta, sexul (femeile sunt mai susceptibile) și de gradul în care, în timpul acțiunii gazului, atmosfera din spațiul confinat se primenește. Intr'o încăpere ermetic închisă cu imposibilitatea absolută pentru aerul curat de a mai pătrunde în ea și după un timp relativ lung CO omoară în proporții variabile dar relativ destul de mici: 0 5—2%. Dreser și Kobert fixează doza letală la 0 8 gr., ceeace corespunde la 10% când e vorba de vapori de cărbune, 5% gazul aerian de iluminat și 1 la 100 gazul cu apă.

b) **Mecanismul.** — Ținem să ne oprim asupra lui, numai pentrucă unele păreri îi mai contestă lui CO calitatea de gaz toxic, atribuindu-i pe aceea de gaz asfixiant. Vom expune mai întâiu această din urmă interpretare, pentruca apoi să demonstrăm toxicitatea.

Partizanii gazului asfixiant: 1. de îndată ce, prin reintroducerea de aer respirabil sau de oxigen pur în plămâni, CO e înşfăcat depe hemoglobină şi evacuat, hematia işi recapătă capacitatea de fixare a oxigenului; 2. leziunile renale şi cele ale nervilor periferici n'ar fi diferite de cele notate în orice asfixie; 3. simptomele ar fi identice celor din orice asfixie mecanică; 4. moartea n'ar fi în funcţiune de durata acţiunii lui CO ci numai de proporţia în care e redusă valoarea normală a oxigenului (1/3).

Dovada toxicităţii. — 1. Nu toate hematiile işi redobândesc proprietatea de a fixa oxigenul, pentrucă la multe din ele capacitatea aceasta a fost definitiv micşorată sau chiar nimicită prin acţiunea gazului.

2. Nu poate fi vorba numai de anhematosă pentrucă, după cum a demonstrat-o experimental *Leblanc*, spre a omorî un câine ajunge o proporţie de CO de 60 ori mai mică decât aceea a acidului carbonic, adevăratul element hotăritor în asfixia mecanică, prin aceea că turbură ori suprimă hematosa.

3. Leziunile renale, sub forma necrozei epiteliilor tubilor contorţi, şi afecţiunile nervoase specifice neobservate în nici o altă formă a asfixiei mecanice (paraplegia, paraliziile periferice, ramolirea cerebrală, reacţiunile meningee) sunt efectul atacării ţesuturilor şi a nervilor periferici de către un agent toxic în felul arsenicului, al plumbului ori al alcoolului.

4. Deşi smulse din mediul oxicarbonat şi transportate într'unul saturat de oxigen şi deşi respiră timp de ore ori chiar zile, eliminând CO, totuşi în tot acest timp animalele de experimentare nu se trezesc din coma şi mor.

5. Dacă durata n'ar juca nici un rol, cum s'ar mai nota turburările caracteristice intoxicaţiei cronice cu oxidul de carbon?

6. Dar proprietatea esenţială de toxicitate ne-o evidenţiază prezenţa lui CO în plasma sanguină: odată pătruns în organism, se comportă ca orice substanţă toxică — trece în sânge care-l difuzează, aşa că poate fi regăsit şi chiar după un timp relativ lung dela moarte (la o autopsie practicată la 3 luni dela îngropare, CO a fost identificat în lichidul cavităţii toracice, în sucul splinei — *G. Strassmann)*.

I. Forma etiologică

Cele de mai multe ori accidentală (acută ori cronică) ori sinucidere şi numai excepţional crimă, intoxicaţia cu *CO* se prezintă sub următoarele forme:

a) Vaporii de cărbune degajaţi în proporţie mai mare în fazele combustiunii incomplecte, adică îndată după aprinderea focului şi în timpul stingerii acestuia. Emanaţiunea vine dela: mangalul; soba cu combustiune lentă — îndeosebi în încălzirea cu coks şi cărbune de pământ; caloriferul cu aer cald — prin crăpăturile cât de fine din ţevi şi radiatoare; coşul; burlanul; fierul de călcat; cuptoarele de brutării; maşina de gătit; în interiorul tuburilor de diametru mare, în timpul sudării lor; cuptoarele de ars varul; incendiile; aprinderea şi explodarea prafului de cărbune; combustiunea filmelor (în cursul căreia, în afară de gaze nitroase, se degajează şi CO).

Intoxicația, acută sau cronică, se produce:

1. *Direct*, adică în chiar încăperea în care se găsește victima — capabilă ori nu de a reacționa (deschiderea ușii, a ferestrelor) — se află și focarul de difuziune a gazului.

2. *Indirect*, adică CO pătrunde dela distanță: prin coșul comun la mai multe etaje; prin crăpăturile din ziduri ori țevi, din subsolul în care se află instalația de încălzire centrală; de sus, din pod ori depe acoperiș, — fumul încărcat cu CO dintr'un coș pătrunde printr'o spărtură sau pe gura coșului comunicând cu o sobă în care nu se află foc.

b) **Gazul de iluminat** (hidrogen, protocarbură de hidrogen și 8—9% CO). — Intoxicația se produce pe cale de răspândire ori de invazie în încăpere, ori pe cale de aspirație directă (*sinucidere:* se culcă în dreptul robinetului deschis, ori chiar ia robinetul în gură; *accident profesional:* aspiră spre a amorsa debitul), ori pe cale de transmisiune.

1. *Răspândirea:* becul stins de un curent de aer; becul neaprins și lăsat deschis, insuficient închis; o crăpătură în țeavă.

O atare moarte accidentală am putut-o demonstra prin introducerea unei pisici în aceeaș încăpere, pe care apoi am închis-o ermetic; după trecerea timpului minim necesar pentru producerea intoxicației și asfixiei, redeschizând camera, am găsit animalul mort.

2. *Invazia de afară:* o crăpătură în țevăria unei camere vecine; un bec deschis într'o cameră vecină; un defect de instalație într'un apartament vecin; scurgere dela instalația subpământeană: gazul străbate pe sub pământ și, atras de temperatura mai ridicată din casă, se înalță și pătrunde în încăperi. In trecerea-i prin pământ, gazul aerian se filtrează, așa că în apartament poate ajunge numai sub forma simplă de CO. (Accidente colective de atare natură sunt citate de *Tourdes* — 5 morți și *Kober* — 6 victime cari au putut fi salvate).

Prezența gazului de iluminat în mare cantitate în încăpere poate fi originea unei explozii, atunci când, neprevenit, intrăm cu o lumânare ori aprindem un chibrit.

3. *Transmisiunea.* — Femeea însărcinată a încercat să se sinucidă, dar a fost salvată, iar după 13 zile a născut. Copilul, în stare de somnolență, era incapabil să sugă; iar după 9 zile a murit de pneumonie. La *autopsie* s'au găsit focare de ramolisment cerebral. Moartea lentă a fost datorită intoxicației, pe cale de transmisiune, cu CO; leziunea anatomică notată corobora observațiunea că, timp de două zile dela otrăvirea mamei, mișcările copilului au fost cu totul suprimate și numai după aceea au reapărut mult slăbite (*Mareș*, 1929).

c) **Gazele de eșapament** (motoarele de benzină)

d) **Narcoza cu etilenul nepurificat** care conține o proporție de CO (3 accidente semnalate de *Schermann-Swindler-Ellroy*, 1926).

e) **Gazul** sărac (gazul cu apă), obținut prin combustiunea lemnului și a cărbunelui de lemn. In compoziția lui intră 25—27% CO și 4—8% H. E intrebuințat la iluminat și in locul benzinei (în tracțiunea automobilă).

In ce privește imprejurările în cari s'a produs faptul medical, e de multe ori foarte greu pentru expert să diferențieze sinuciderea de accident. Cât despre crimă, aceasta nu e posibilă decât cu un individ cu rezistența inexistentă ori cu rezistența in prealabil frântă.

Sinuciderea și crima imbracă de regulă forma intoxicației masive. Numai in rare excepțiuni s'au notat tentative *repetate și la intervale mai mult sau mai puțin scurte*, de sinucidere prin CO.

Intoxicația accidentală poate fi acută sau cronică. In forma din urmă se notează nu numai la profesioniști (fochiști, lucrători in uzinele de fabricare a gazului de iluminat ori a gazului sărac, brutari, spălătorese, croitori, etc.), ci și în locuințe unde există un defect neobservat sau neînlăturat al sobei, al coșului, al burlanului ori al instalației de gaz.

II. Diagnosticul intoxicației cu CO

E bazat pe inspecțiunea locului, pe anamneză, pe simptome, pe leziunile anatomice și mai ales pe examenul sângelui.

1. **Pentru inspecțiunea locului** medicul poate, la nevoie, să solicite concursul unui technician de specialitate. — Această inspecțiune e complectată cu analiza chimică a aerului din încăpere. Grație perfecțiunilor aduse de Ogier, Kohn-Abrest, Florentin și Nicloux, procedeul lui Kostine permite astăzi de a se identifica prezența lui CO în aer, chiar când există în proporția inferioară lui 1 la 100.000. Această identificare se mai poate face în chip empiric, prin observarea efectului produs asupra păsărilor foarte sensibile la acțiunea oxidului de carbon din aer.

2. **Anamneza** are interes pentru determinarea cauzei în caz de sinucidere.

3. **Simptomele.** — Deosebim:

A. *Semnele formei acute sau ale intoxicației masive.* — I. Dacă victima e surprinsă în somn, pierderea cunoștinței e nemijlocit urmată de moarte. In sinuciderile sau accidentele colective se poate totuș nota, că nu toate persoanele au sucombat: aceasta se explică prin puterea de rezistență individuală, condiționată de vârstă, constituție, starea generală, existența sau absența unei leziuni sau afecțiuni locale în legătură cu funcțiunea respiratorie și cu capacitatea de eliminare. Bătrânii și alcoolicii în general sunt mai susceptibili decât copiii (părinții, alcoolizați, morți, cu rigiditate cadaverică, iar sugaciul de lângă ei rămas in viață — *F. Müller*, 1925). Supraviețuirea depinde și de locul pe care l-a ocupat victima în încăperea cu aerul viciat: dacă a dormit sau a izbutit să se târască până în apropierea unei uși sau a unei ferestre cu crăpăturile neastupate în prealabil, victima are șanse să supraviețuească. (Observațiuni făcute în cazuri de sinucidere și de accidente colective).

II. In *intoxicația masivă supra-acută cu individul treaz* (de exemplu lucrătorii turnătoriilor expuși emanațiunilor de CO), victima. după câteva convulsiuni, cade, ca trăsnită, in coma.

III. In *intoxicația acută progresivă* (sinucidere, accident, excepțional crimă), se disting două perioade (după studiul cel mai recent al lui *Roger* și *Crémieux* — 1929):

Perioada I: greutate la cap, sensația unui cerc de fier la frunte și tâmple, turburări vizuale, fulgerături, flăcări înaintea ochilor, agnozie optică însoțită de cecitate verbală, amețeli, vâjâit în urechi, greață (urmată uneori de vărsături), turburări auditive, degenerând uneori in halucinații, luciditatea cruțată, forța motrice (afară de cârcei la pulpe) intactă, sporirea opresiunii și a senzației de oboseală.

Perioada II: paralizia progresivă a mușchilor dela membrele inferioare, imposibilitatea pentru victimă, dacă reușește să se scoale, de a se ține pe picioare; creșterea toropelii; degenerarea somnolenței în totala pierdere a cunoștinței; opresiunea e extremă, iar respirația stertoroasă. Bătăile inimii precipitate. Convulsiuni. Plăci cianotice apar la extremități — se produce coma care, după 2—3 ore (uneori după 1—8 zile) face loc morții reale.

Aspectul lichidului cefalo-rachidian: *a)* lichid normal; *b)* lichid limpede dar cu abundentă limfocitoză pură; *c)* lichid hemoragic.

Readucerea la viață. — Procedeele recomandate sunt: 1) scoaterea repede a victimei din mediul deleter; 2) odată la aer curat, victima să fie menținută în poziția de ședere, iar nu de culcare, spre a se obține astfel o decongestionare a creerului; 3) stropirea cu apă rece; 4) fricționarea energică a membrelor inferioare; 5) tracțiunea ritmică a limbii; 6) abundentă respirație de oxigen sau de un amestec de oxigen și de acid carbonic in proporție de 20 la 1; 7) lăsare de sânge (400—500 gr.), ventuze pe piept și pe spate, la nivelul bazei plămânului; 8) clismă, purgativ; 9) tratamentul cu razele X (care accelerează disociația oxihemoglobinei); 10) nevralgiile să nu fie tratate cu piramidon, antipirină sau fenacetină, cari sunt toxice ale hematiilor, ci cu supozitorii (10 ctgr. de pulbere de opium); 11) fenomenele paralitice se combat cu electricitatea și masajul; 12) anemia e combătută cu feruginoase, hidroterapie și băi sulfuroase.

In caz când toate celelalte încercări dau greș, se recurge la transfuziunea de sânge.

Intr'un caz de intoxicație combinată — cum ar fi de exemplu gazul aerian și veronalul (observația lui *Guyot*, 1929: o femee de 44 ani a luat intâiu 2,5 gr. veronal, apoi s'a culcat lângă robinetul deschis al unei sobe de gaz aerian) — *terapia oxigenată* dă rezultate bune. — Pentru intoxicația cu morfină și CO *Schwarze* (1929) a experimentat cu succes inhalația unui amestec de oxigen cu 5% acid carbonic, — tratament care, fără vătămare, poate fi aplicat timp de câteva ore.

B. *In caz de supraviețuire* (care e problematică și chiar exclusă în cazurile de o durată excesivă a stărei comatoase), primejdia nu e definitiv înlăturată, pentrucă victima poate sucomba pneumoniei, hemiplegiei.

Se notează: *turburări psichice, turburări motrice, fenomene cutanate, manifestațiuni pulmonare și hepatice.*

I. Turburările psihice: încetineala recăpătării cunoștinței; hebetudine cu stare ebrioasă; stare confuzională (automatism ambulatoriu); amnezia simplă, retrogradă sau retro-anterogradă (un medic intoxicat care nu'și mai amintea numele pacienților, locuința lor, boalele de cari sufereau, numele și dozele medicamentelor ce le prescria obicinuit — *Brouardel;* deliruri episodice (delir furios), turburări de caracter cu hiperemotivitate; turburări vesanice persistente; psichose grave (la predispuși); apraxie; turburări psichomotrice.

II. Paraliziile. — Se deosebesc:

a) *Turburări paretice cari nu sunt de atribuit intoxicației gazoase:* paraliziile periferice prin comprimarea mecanică a unui nerv, în poziția ocupată de victimă în timpul comei; paraliziile consecutive unei infecțiuni sau intoxicațiuni asociate (polineuritele, apărute la câteva săptămâni dela intoxicație, au ca origine alcoolismul, saturnismul, tuberculoza, sifilisul); excepțional obârșia turburărilor motrice poate fi găsită în pithiatism (sugestia, la histerici).

b) *Turburările paretice exclusiv consecutive impregnației oxicarbonate;* hemiplegia care apare și în perioada comatoasă, iar în 2—6 săptămâni ori regresează ori duce la moarte (excepțional e mai tardivă: o tânără femee a murit după un an); paralizia unui singur mușchiu (de exemplu deltoidul), paralizia mușchilor faringelui sau ai ochiului (ptosis, exoftalmie, oftalmoplegie totală); sindromul lui Korsakoff; turburările revelatorii de leziuni cerebrale și medulare (afazia, hemiopsia homonimă, monoplegia, paraplegia, scleroza în plăci); paraliziile periferice (când membrul superior, când cel inferior sau amândouă; uneori tus-patru membrele); anestezia, hiperstezia, parestezia, atrofia musculară.

III. Fenomenele hiperkinetice: mișcări involuntare, clonice, choreiforme.

IV. Micile accidente nervoase interesând extensiunea uni — sau bilaterală a degetului gros dela picioare, reflexele de apărare.

V. Micile semne sensitive: 1. După recăpătarea cunoștinței, victima se plânse de dureri la indexul, mediusul și inelarul uneia din mâni, cari, mărite de volum, păreau înțepenite; mai târziu se plânse de dureri în pulpa stângă și la umblet; examinată după 4 luni, mâna era rece, vânătă, cu înțepenirea articulară a degetelor. — 2. Furnicături senzație de frig în partea dreaptă a corpului, cu mișcările mânii stingherite.

VI. Micile semne sensoriale: amauroza, ambliopia, turburările labirintice, vertijurile persistente.

Uneori se înregistrează un interval liber între readucerea la viață și apariția fenomenelor psicho-nervoase, cum o arată următoarea observație de intoxicație cu gaz aerian:

După câteva zile dela recăpătarea cunoștinței, fără nici o urmare perceptibilă, se notează treptat: cefalee, confuzie mentală, retropulsiunea, rigiditatea tuturor mușchilor, absența expresiunilor verbale, polialie, reflex de sugere la percusiunea maxilarului inferior și la atingerea buzelor, semnul lui Babinsky pozitiv *(Zuett*, 1927). — Uneori se notează efecte și mai tardive. (După 6 luni dela readucerea la viață: afazie, hemiplegie, convulsiuni epileptoide, ramolirea simetrică a nucleului cristalinului, pneumonia, moartea).

VII. **Manifestațiunile cutanate.** — a) *Edemul* — localizat la un membru ori segment de membru, sau într'o regiune oarecare a trunchiului — e dur, adesea sanguinolent, dureros nu numai la presiune dar și spontan. — b) *Erupțiunile* buloase: pemphigus, herpes. — c) *Gangrena.* — d) *Turburările trofice*: pielea lucioasă, cianoza, alterațiunile unghiilor.

VIII. **Afecțiunile pulmonare:** pneumonia masivă, abcesele pulmonare simple sau pseudo-membranoase.

IX. **Ficatul:** glicosuria pasageră.

X. **Creerul:** ramoliri subcorticale, focare de mici hemoragii în scoarța cerebrală, extravazate sanguine în pia-mater și în arachnoideea.

XI. **Leziunile spinale:** recăpătându-și cunoștința după 48 ore, s'a plâns de o mare presiune în regiunea sacrală *(Steiner*, 1929).

C. In *intoxicația cronică:* 1) anemia (fața palidă, mucoasele decolorate, sufluri vasculare); 2) icter numai uneori; 3) turburări circulatorii (lipotimii, sincope, epistaxis); 4) turburări digestive (greață, vărsături, hiperchlorhidrie); 5) turburări psichice (toropeală intelectuală, inaptitudine de a lucra, slăbirea progresivă a inteligenței, abulie, insomnie, coșmaruri); 6) turburări nervoase (astenia generală, mai pronunțată la membrele inferioare): 7) turburări sensitive (migrena uneori cu forma oftalmică, dureri reumatoide, nevralgii, furnicături, sensație de frig la membre, început de angină de piept, anestezia sau hiperestezia în plăci); 8) turburări sensoriale (vâjâit în urechi, slăbirea reacțiunii pupilare): 9) turburări trofice (echimoze, pete purpurice cutanate, erupțiuni buloase, ulcerațiuni uneori); 10) vertij; 11) slăbirea sau chiar dispariția reflexelor; 12) glicusorie, uneori și albuminurie trecătoare.

4. **Autopsia** *(vezi: „foaea de examen"*, vol. I. pag. 689). — a) *Examenul extern:* pielea, buzele și unghiile dela mână rozate; uneori edem cutanat, erupții, cianoza, alterațiunile unghiilor, gangrena uneia din extremități; înegrirea foselor nazale se notează numai în inspirația fumului: lividitățile cadaverice sunt rozate sau cărămizii (cu o erupție scarlatinoasă) și ocupă o întindere mai mare ca în alte feluri de morți și nu numai pe fața în decubitus: întârzierea putrefacției.

b) *Examenul intern:* 1) ramoliri cerebrale în moartea tardivă, după readucerea la viață; hemoragii în focar pe meninge și creer, tromboza hialină în vasele cerebrale: 2) eventual (în inspirația fumului) depozite de funingine pe mucoasa căilor respiratorii; 3) echimoze subpleurale și sub-pericardice: arborizații și sufuziuni pe mucoasa stomacului și a duodenului; 4) viscerele sunt rozate; 5) plămânul, pe secțiune, dă o spumă rozată (edemul carminat al lui *Lacassagne);* 6) hemoragii în focar pe plămân, pe submucoasa gastrică, pe măduva spinării; 7) tromboze în viscere şi în măduvă; 8) leziuni cardiace (excepţional); 9) dilatarea şi repleţiunea anormală a sistemului vascular; 10) aglomerarea intravasculară de limfociţi şi de mononucleare; 11) scleroza multiplă acută.

5. **Examenul sângelui** — de preferinţă al sângelui din inimă — ne dă neîndoios soluţia problemei diagnosticale. Nu numai prin modificarea aspectului şi a consistenţei sângelui cadaveric, dar mai ales prin putinţa de a izola agentul toxic, deoarece CO se regăseşte nu numai în sângele cadavrului proaspăt (indiferent dacă e examinat îndată sau în stare de conservare într'un borcan), dar şi în putrefacţie (1—5 luni). Numai din sângele celui readus la viaţă gazul toxic parte se elimină în natură în primele câteva ore, iar parte se transformă în acid carbonic.

a) *Coeficientul de otrăvire oxicarbonată.* — De regulă CO e uniform repartizat în sângele saturat.

Saturaţia ideală, adică maximul de fixare a gazului toxic după gradul de concentrare hemoglobinică a sângelui, e de 16—17 cc. CO la 100 cc. sânge. In *realitate*, însă, moartea se produce de îndată ce proporţia de CO e de 1—12 cc. la 100 cc. sânge.

Raportul între cantitatea real găsită la examen (după eliminare) şi canitatea teoretică (17 cc. CO la 100 cc. sânge) e în medie aproape constant 0,70 — ceeace *Balthazard* şi *Nicloux* numesc coeficientul de otrăvire. — In intoxicaţia masivă şi brutală, coeficientul întrece această medie — e între 0,77 şi 0,85 (cercetările ulterioare ale lui *Simonin* — 1929 asupra sângelui în curs de putrefacţie).

La determinarea coeficientului individual, trebuie să se ţină seama de trei fapte: 1) existenţa în sângele normal al omului a unei mici cantităţi de CO—0,2 cc. la 100 cc., ceeace corespunde unui coeficient toxic de 0,01 *(Desgrez-Nicloux)*; 2) gazele de putrefacţie măresc coeficientul, deaceea ele trebuesc în prealabil eliminate din sângele examinat; 3) pătrunderea post-mortală a lui CO, care însă nu e realizabilă decât pentru cadavrele cari au stat vreme mai îndelungată într'un focar de incendiu. Adăugăm că penetraţiunea post-mortală e mai mult superficială: CO nu se găseşte în organele profunde (inima, vasele mari, ficatul, splina).

b) *Notările calitative ale sângelui:* hemoglobina 68%, eritrocitele 2.784.000, leucocitele 14.800 (determinare făcută de *Arnek-Albrecht* — 1927 cu ocazia unei intoxicaţiuni oxicarbonate).

c) *Aspectul.* — De regulă fluid (uneori se pot vedea cheaguri, cruorice şi chiar fibrinoase în sângele cordului, al aortei şi al arterei pulmonare), sângele e de un roşu aprins (dealtfel caşi în otrăvirea cu acidul cianhidric): coloraţiunea nu e însă constant generalizată la întreaga massă sanguină.

d) *Identificarea şi dozarea gazului în sânge* se face prin următoarele procedee:

I. **Examenul spectroscopic** (vezi: vol I. pag. 561—564) complectat cu *examenul spectrometric.*

II. **Reacţiunea chimică:** amestecat cu substanţe chimice sângele oxicarbonat dă, normal, cheaguri castanii. bătând mai mult sau mai puţin în roşu, după reactivul întrebuinţat (leşia de sodă. acidul sulfuros. o soluţie de acid sulfuric, sulfhidratul de amoniac şi acidul acetic, ferocianura de potasiu cu acidul acetic sau taninul: leşia de sodă şi o soluţie de clorură de calciu; o soluţie de tanin diluat). Cu cât reacţiunea e mai veche, cu atât e mai netă.

III. **Dozajul spectometric şi cel chimic** (prin extragerea în vid a celorlalte gaze aflătoare în sânge).

e) *Examenul extravazatelor şi al ţesuturilor.* — Perzistând mai mult în extravazate decât în sângele din sistemul circulator şi mai mult în muşchi decât în sânge, CO va fi căutat şi în acestea, dacă starea de putrefacţie o va permite.

f) *Diferenţiarea intoxicaţiei cu vapori de cea cu gazul aerian* e bazată pe constatarea că acesta din urmă conţine principii specifice: benzina, naftalina cari se regăsesc în urină; acetilena şi metanul în sânge şi în plămân; formenul în sânge.

2. Acidul carbonic

Gaz incolor. solubil în apă. CO_2. în proporţie excesivă în aer constitue o otravă prin turburarea ori suprimarea totală a hematosei. E de observat însă că acest agent toxic. în proporţiile normale, e necesar respiraţiei. dovadă că diminuarea lui (în ascensiunile în munţi. în călătoriile aeriene la o mare înălţime) provoacă turburări. Deasemenea. în cantitate determinată. e întrebuinţat la fabricarea apei gazoase. Are şi *indicaţiuni terapeutice* (combaterea vărsăturilor. anestezia mucoasei gastrice. duşuri locale. clisme, băi carbo. gazoase, inhalaţii pentru stimularea centrului respirator în intoxicaţia cu alcaloizi).

Densitatea acidului carbonic fiind mai mare ca aceea a aerului, urmează că acumularea lui se va produce mai ales în regiunile inferioare ale atmosferei ce se respiră. Intr'un spaţiu confinat, întreg aerul suprasaturat devine un mediu toxic.

a) **Etiologia.** — Accidentală. sinucidere şi excepţional crimă. intoxicaţia cu acidul carbonic e frecventă: în *puţuri* (unde se infiltrează CO_2 prin degajarea din vegetalele în descompunere); în *fermentaţia alcoolică* (zăcători, pivniţă); în *gropi* (la desgropare) şi *cavouri;* în *peştere; în apropierea cuptoarelor de ars varul şi cărămida;* în *spaţiile confinate* (încăperi, ladă. sicriu — în moartea aparentă. etc.), în *săli închise suprapopulate şi insuficient ventilate.*

b) **Diagnosticul.** — Moartea producându-se cu simptomele asfixiei. la examenul omului viu ori al cadavrului nu notăm decât semnele acesteia (vezi: *Asfixia mecanică prin aerul viciat al unui spaţiu confinat).*

Determinarea cauzei se face numai prin anamneză și inspecția locului cu dozarea gazului toxic din aerul respirat.

3. Hidrogenul sulfurat

Gaz incolor, cu miros de ouă clocite. Introdus în căile respiratorii, are o toxicitate mortală începând cu doza de 0,12 la 100.

a) **Etiologia.** — Accident în marea majoritate a cazurilor, rare ori crimă și numai excepțional sinucidere. Intoxicația se produce în: haznalele privăților (curățitorii), canale, recipientele de îngrășăminte, cavouri, uzinele de gaz, laboratoare.

b) **Diagnosticul.** — Otrăvirea se manifestă prin turburarea sau suprimarea respirației. In intoxicația masivă, dacă victima n'a fost imediat scoasă din mediul asfixiant și nu i s'a făcut inhalații de oxigen și respirația artificială, atunci moartea, precedată de convulsiuni, se produce în câteva secunde după pierderea cunoștinței. Dar nici în caz de supraviețuire primejdia nu e înlăturată: moartea tardivă prin edem pulmonar ori prin pneumonie.

I. *Simptomele.* — 1. In intoxicația masivă: dilatarea pupilei, exoftalmie, pierderea sensibilității, încetinirea circulației; respirația, la început foarte activă, descrește uneori până la încetarea completă, spre a spori din nou cu puțin înainte de moarte.

2. In intoxicația lentă (pătrunderea în locuință a gazelor din haznalele privăților, ale canalelor): colici, vărsături, cachexii.

II. *Autopsia:* mirosul de ouă clocite, replețiunea sanguină a organelor, culoarea închisă a mușchilor; culoarea neagră sau de verde murdar a sângelui în cadavrele cu putrefacția începută; nuanța sanguină obicinuită asfixiei la cadavrul proaspăt; edem pulmonar, emfizem marginal, infarcți pulmonari, pete echimotice subpleurale.

III. *Identificarea hidrogenului sulfurat* se face prin examenul spectroscopic, prin extragerea și analiza gazelor găsite în sânge.

4. Clorul

Gaz galben bătând în verde, cu miros sufocant, solubil în apă. Indicațiune antiseptică. Se întrebuințează și în sterilizări pe cale chimică. In interiorul corpului modifică gradul de repartiție a coloizilor în sânge și în celule.

a) **Etiologia.** — Accidente în uzine și laboratoare.

b) **Diagnosticul.** — Fenomenele depind de durata acțiunii gazului asupra pielei și a mucoaselor.

Victima cade ca trăsnită, cu cianoză, sudori reci și dispnee.

Antidotul: cafeaua neagră tare.

I. *Simptomele:* senzație de arsură și înțepătură; pielea se colorează în galben, apoi se strânge și se acoperă cu papule, vesicule şi chiar abcese; lăcrimare, anxietate precordială; dispnee intensă şi dureroasă, urmată de tuse şi de strănut, bronşită şi pneumonie; în cazurile mai grave, scuipat cu sânge şi leziuni pulmonare caracteristice, apare. Ca afecţiune secundară se poate uneori nota o angină intercurentă de o durată mai mare, cu albumină şi cilindri în urină.

II. *Autopsia:* semne de inflamaţie violentă pe bronchii şi pe plămânii coloraţi în galben deschis.

III. *Identificarea:* gazul se caută în aer, prin reacţiuni şi dozare.

* * *

Efecte la fel cu acele ale clorului se notează la **vaporii nitroşi:**

1. **Protoxidul de azot.** — Accidente frecvente în practica dentară. Se caută în sânge.

2. **Bioxidul de azot şi peroxidul de azot.** — Accidente în uzine şi laboratoare.

Bioxidul de azot se identifică în acidul nitric format în plămâni.

Peroxidul de azot are un spectru de absorbţiune caracteristic, constituit din numeroase benzi fine.

5. Diverse gaze toxice

a) **Hidrogenul arseniat.** — Foarte toxic. Mirosul caracteristic al usturoiului. — *Etiologia:* accidentul (aerostierii, persoanele expuse acţiunii gazelor de descărcare din acumulatoarele cari funcţionează cu acid sulfuric şi zinc impur; persoanele cari tratează unele dintre mineraliurile aurifere); crima e rară. — *Simptomele* — cari sunt aceleaşi ca ale oricărei otrăviri arsenicale — deobiceiu tardive (câteva ore), pot apare mult mai timpuriu, în intoxicaţiile de inhalare în doză masivă. Moartea se produce în interval de 4—5 zile. — *Identificarea:* dacă nu se găseşte în sânge, unde în orice caz trebuie să se afle urme, hidrogenul arseniat se identifică însă neapărat în organe (plămân, ficat, rinichi, etc.).

Crima, am spus-o, e o raritate, din cauza mirosului iute caracteristic; dar acesta poate fi mascat prin adiţionare de alte substanţe, după cum o dovedeşte cazul recent (înregistrat într'un târg din Bucovina) pe care-l relatăm după cele consemnate în dosarul afacerii:

In ziua de 16 Iunie 1930, medicul A. se prezintă la confratele său B. (din aceeaş localitate) şi, sub pretextul unei experienţe de spirometie, i-a dat să facă trei inhalaţii dintr'o sticlă — despre care afirma că nu conţine decât esenţă de brad şi apă — şi să exaleze într'o altă sticlă în care nu s'ar fi găsit decât o soluţie de fenolftalină. In realitate, prima sticlă ar fi conţinut hidrogen arseniat al cărui miros iute a fost în prealabil atenuat prin adăugirea esenţei de brad.

Anamneza şi rezultatul analizei chimice ar pleda pentru o intoxicaţie masivă cu hidrogen arseniat:

Foaea de observație clinica. — După 5 minute dela inhalare, intoxicatul s'a plâns de amețeli și numaidecât și-a pierdut temporar cunoștința. Apoi s'au notat: contracturi musculare tonice ale membrelor superioare, ale mușchilor cervicali și faciali; o greață intensă, frisoane și dureri violente localizate în regiunea lombară. Frisoanele și durerea n'au cedat decât unei injecții de morfină, administrată după cinci ore dela apariția primelor simptome. — La 6 ore dela debutul intoxicației: urină de un galben accentuat și albumină pozitivă. Dimineața: anurie; tegumentele cianozate, iar sclerotica de un galben bătând în cărămiziu. — Starea generală continuând a fi gravă, intoxicatul e transportat în ziua de 17 la Cluj: tegumentele cianotice palide: urină hemoragică, albuminurie. — In ziua de 18: anurie complectă. — In ziua de 19: transfuzie sanguină și injecție cu eufilină. — In ziua de 20: decapsularea rinichiului drept. — In ziua de 21: moartea.

Analiza chimică: circa 0.001 gr. arsenic la 1.000 gr. din greutatea organelor.

b) **Hidrogenul fosforat.** Efectele toxice analoage acelora ale fosforului. Atacă sângele. Se identifică în atmosfera respirată.

c) **Cianogenul.** Gaz foarte toxic. — *Etiologia.* accidente de laborator. — *Efectele* sunt ca acele ale acidului cianhidric, dar mult mai slabe (abea 25% din puterea toxică a acestuia din urmă). *Identificarea:* se caută în aerul respirat.

6. Gazele iritante. gazele de luptă

Prin iritarea violentă a mucoaselor căilor respiratorii, ele împiedică respirația. Irită și ochii. Chiar dacă victima sucombă, din cauza infimei cantități absorbite gazul nu lasă în organism urme ușor identificabile chimicește. Cât despre leziunile anatomice ele sunt foarte variate: ulcerație corneană tardivă prin gazul muștarului (*Moore*, 1929). cancerul laringelui (*Hunermann*, 1929), *ftizia* (*Achard*, 1927).

Dintre diversele tipuri. indicăm:

a) **Gazele de strănutat.** — *Efectele:* violente dureri la nivelul sinusurilor. iritarea mucoasei nazale cu secrețiune abundentă, accese prelungite de strănut. vărsături. lăcrimare. fotofobie, conjunctivită. In acțiunea prelungită: stupoare. astenie. poliurie scăderea presiunii arteriale. constricția pieptului.

b) **Gazele lacrimogene:** lăcrimare cu o ușoară iritare a căilor respiratorii superioare. In acțiunea prelungită: conjunctivită. cefalalgie. vertij, astenie slăbire.

c) **Gazele vesicante:** fotofobie. lăcrimarea simptomatică a conjunctivitei, ulcere corneene: pielea. mai ales în regiunile umede și obicinuit transpirante, e de un roșu aprins și e acoperită cu bășici și ulcerații; tracheea, cu mucoasa atacată, e congestionată. cu un exudat imflamatoriu fibrinos constituind o membrană groasă bătând în cenușiu: infecțiuni bronchice. peribronchice și alveolare: necrozarea unor părți din parenchimul pulmonar; accelerarea mișcărilor respiratorii, tachicardie ori bradicardie; crize convulsive, accese tetanice; moartea prin broncho-pneumonie după 2—5 zile. — In caz de supraviețuire se notează afecțiuni secundare: furunculoza, tulburări laringee și respiratorii. instabilitatea cardiacă. astenia, anemia. amețeală. emfizem cu bronșită și crize astmatice.

7. Gazele mixte

Tip intermediar între gazele toxice și cele iritante. Se caută in viscere, sânge și lichide. Prototipul e **oxiclorura de carbon** sau **fosgenul**. Accidente în industrie. Acțiunea se întinde pe o rază mare, atunci când, prin spargerea recipientului, gazul se răspândește ca un nor, dovadă catastrofa de acum câțiva ani dela Hamburg, unde toxicitatea s'a înregistrat până la o depărtare de 10 km., cu 300 bolnavi și 12 morți.

In *doză mică* și, după 3—4 ore de incubare, provoacă tuse, lăcrimare, dispnee intensă și dureri epigastrice cari pot ține câteva zile. In *doză masivă* cauzează zgârieturi in gât, vărsături, dispnee; după perioada de incubare, apar primele simptome evidente de edem pulmonar: victima cade ca trăsnită și sucombă în 4—6 ore sau abea in câteva zile. — La *supraviețuitori*, se observă, la flebotomie un sânge îngroșat de culoarea șocoladei și care, în contact cu aerul, se coagulează numai decât, tachicardie. La unul mort după 11 zile, s'a notat, in a 7-a zi, embolie și infarct al inimii. Rezistența cea mai mare e dela 50 ani în sus (statistica lui *Nothmil*, 1928, pentru catastrofa din Hamburg).

La examenul spectometric al sângelui se notează mari cantități de hematină.

B. Otrăvurile volatile

(Substanțe toxice izolate prin distilare)

In genere, otrăvurile volatile cari se răspândesc sub formă de nori vaporoși sunt periculoase și prin inflamabilitatea lor; prin explozii cauzează catastrofe.

1. Alcoolul

Deosebim alcoolul etilic și cel metilic. Facem această diferențiare, pentrucă și efectele diferă. Pe când consumația celui dintâiu ca băutură e ingăduită și chiar încurajată până la abuz și autodistrugere, întrebuințarea alcoolului metilic e legal îngrădită numai în anumite scopuri industriale. Din nenorocire lipsa de supraveghere a înlesnit și înlesnește pătrunderea lui camuflată și în consumațiune, pricinuind fulgerător dezastre ireparabile.

I. Alcoolul etilic

Spirtul de vin rectificat 96%. Lichid incolor, miros specific, pătrunzător și plăcut. Otravă în abuz, e, dimpotrivă în cantități raționale, nu numai un excitant stimulator și un regulator al termogeniei, dar are și *indicațiuni terapeutice* in bolile infecțioase, în parezille respiratorii și cardiace, precum și în tratarea traumatismelor grave la alcoolici. *Posologia* (alcoolul diluat in băuturi): adultul 30—100 gr.; copilul 5—10 gr. de an. *Doza letală:* 500 gr.

a) Asupra **etiologiei** intoxicației cu alcool — pe care am expus-o la studiul ravagiilor de ordin psicho-nervos făcute de beție — nu vom mai stărui. Sinucidere conștientă sau inconștientă, în marea majoritate a cazurilor acelora cari „beau în neștire", otrăvirea aceasta se prezintă excepțional ca *accident* (confuzie în ce privește conținutul unei sticle sau al unui recipient); rar se înregistrează *alcoolizarea criminală* (sugaci, copii nevârstnici, persoanele lipsite de facultatea de a rezista ori cu rezistența frântă, îndeosebi în siluire și tâlhărie).

b) Formele. — 1. *Intoxicația acută*. Efectele variază după cantitatea ingerată și după condițiunile individului. — **Cu o doză nu prea exagerată** se notează: o perioadă de excitație cu senzații plăcute, sporirea forței musculare, facilitatea de elocuțiune. Durata e de 2—3 ore. **Cu o doză exagerată:** nesiguranța în mers, o mare locacitate dar cu cuvinte fără șir; vărsături, slăbirea sensibilității generale, turburări vizuale, vâjâituri în urechi. — **Cu o doză excesivă:** vărsături, sughiț, treptata ambilare a inteligenței, încetinirea circulației, scăderea temperaturii, generalizarea fenomenelor paralitice, dilatarea pupilară, suprimarea vorbirii, trism, convulsiuni, dispnee, pierderea cunoștinței, cianoză. Dacă individul nu se trezește din această stare comatoasă, care poate dura câteva ore, moare prin oprirea inimii ori prin paralizia centrului respirator. Dacă nu sucombă direct intoxicației alcoolice, e expus să răcească și se produc: paralizia facială, neurita alcoolică și, în 2—3 zile, pneumonia.

Antidotul și tratamentul: acetat de amoniu 10—20 gr., injecții subcutanate cu soluții diluate de amoniac; gheață la cap, mânile și picioarele în apă caldă; excitante, infuzii concentrate de cafea, sinapisme la încheeturi, lăsare de sânge.

La *autopsie* nu se găsește nimic caracteristic. Se notează: semne de hiperemie a mucoasei gastrice, pete echimotice; hiperemia mai intensă a începutului intestinului subțire; meningele injectate; semne de hiperemie, adesea cu focare hemoragice, la creer și măduvă.

2. *Intoxicația cronică:* vărsături matinale, înroșirea nasului, turburări ale sensibilității, insomnie, amețeli, halucinații, acces de delirium tremens, nebunia caracterizată, convulsiuni epileptiforme, somnambulism, abulie, amoralitate, obsesiuni-impulsiuni, catar faringean și gastro-intestinal, miocardită, anemie, polineurită cu abolirea reflexului patelar, albuminurie, incontinență urinară, ciroză hepatică, turburări vizuale și auditive, olfactive, mutism, accentuarea treptată a intoleranței pentru alcool, așa că în cele din urmă o cantitate relativ mică ajunge spre a provoca moartea prin paralizie.

Antidotul și tratamentul: strichnină 0,005 de 2 ori pe zi; contra delirului, opiu (0.10—0.20), scopolamină, digitală, paraldehidă (3 gr.). — Tratament ulterior tonice, stimulente.

La *autopsie:* miros de alcool în stomac, plămâni, creer; ciroza ficatului, leziuni atheromatoase, degenerescența grăsoasă a diverselor organe, hiperemia mucoasei stomacului și a intestinului.

II. **Alcoolul metilic** (spirt de lemne)

Alcool obținut prin distilarea uscată a lemnului. Lichid incolor, foarte fluid, volatil, răcoritor și ințepător la gust, cu miros și de alcool etilic și de eter acetic. — In stare pură e mai puțin toxic de cât cel etilic, raportul e de 2 la 3; pe când din contră, alcoolurile propilic, butilic și amilic au o toxicitate mult mai mare ca etilicul (raportul respectiv e de 2;3 și 10 la 1). — După lege n'are decât o intrebuințare strict industrială: pentru denaturarea alcololui etilic, ca dizolvant pentru uleiuri, culori, substanțe rășinoase, în parfumerie pentru prepararea apelor de păr. Din nenorocire, precum am arătat (vorbind de alcoolul în general) ca unul ce e mai eftin, prin fraudă și amestecat cu cel etilic, e introdus și în băuturi, mai ales în cele cu bază de esențe, cauzând accidente extrem de grave, chiar catastrofale în simpla intoxicație acută.

Etiologia e intotdeauna *criminală*, pentrucă se fac vinovați de otrăvire conștientă și acei cari prepară băuturile și acei cari le debitează (ca unii ce se lăcomesc la prețul redus de cumpărare dela fabricant).

a) Formele. — Accidentele de resortul medicinei legale sunt aproape exclusiv cele de tipul *intoxicației acute*. Totuși, cazurile de intoxicație cronică, deși de o extremă raritate, se pot prezinta și ele la expertiză, de vreme ce, pe cale experimentală (cu alcoolul metilic sintetic) s'a ajuns la concluzia că, în doza repetată, la intervale mari, de 8 cc. la kilogramul de greutate corporală, substanța poate fi suportată fără provocarea de simptome de otrăvire. (*Neuberg* și *Ottenstein* au identificat prezența urmelor de alcool metilic și în fumul de tutun).

Indeobște, am spus, medicul e chemat să se rostească în cazurile de intoxicație acută. Dar și aci trebuie să facem o distincție: toxicitarea variază nu numai după condițiunile individuale, dar și după modul de ingerare a băuturii cu conținut de alcool metilic. Doza toxică oscilează între 5 și 8 gr. de kilogramul de greutate. Deși s'au notat cazuri de moarte chiar numai cu atare dozaj, totuș în dozaj mai mare victima a putut fi salvată, rămânând numai oarbă.

b) Gradul de toxicitate depinde și de starea de impuritate a substanței, dar mai ales de amestecul ei cu etilicul; în contact cu acesta din urmă, metilicul — a cărui prezență nu mai e trădată nici prin miros nici prin gust — are efecte dezastroase; pe cale experimentală s'a demonstrat că un amestec din ambele alcooluri, deși *în proporțiuni inofensive* pentru fiecare din ele și în deosebi pentru cel metilic, deslănțue fenomene de o virulență mergând până la provocarea catastrofei. Urmează dar, că elementul precumpănitor în cauzarea faptului medical e înfrățirea alcoolului metilic cu cel etilic.

Explicația ar putea fi dublă: alcoolul etilic confiscă puterea oxidantă a organismului. stingherind sau zădărnicind oxidarea și eliminarea metilicului. mai ales eliminarea aldehidei formice care precede acidului formic degajat de metilic. Gradul de toxicitate va diferi dar după proporția de alcool etilic prezent în băutură.

Dar gradul diferă și în intoxicațiile cu alcoolul metilic numai diluat cu apă, fără intervenția etilicului. In cazul acesta elementul hotărîtor îl constituie condițiunile individuale, după cum dovedesc observațiunile făcute (8 bărbați consumă la o laltă alcool metilic tăiat cu apă, în proporție de 1 la 2. Trei din ei, după ce au băut 1—2 decilitri din amestec, n'au dat semne nici măcar de un început de ebrietate. Al patrulea, care consumase numai 1 decilitru. a dat semne de slăbiciune și a fost apucat de vărsături. Al cincilea, care consumase în trei rânduri câte 2 decilitri. a manifestat: oboseală. vărsături, dureri de cap, dureri abdominale. Al șaselea, care băuse 4 decilitri: oboseală, cefalalgie, grave turburări vizuale. Al 7-lea și al 8-lea, cari consumaseră respectiv 3 și 4 decilitri, au căzut într'un somn de 24 ore, iar la trezire după ce s'au plâns de dureri abdominale, au murit (*Haemaelaenin-Teroeskeli*, 1928).

c) **Simptomele.** — Perioada de excitație. caracteristică intoxicației cu etilicul, lipsește. Se notează: slăbiciunea generală. depresiune psichică. cefalalgie, greață, vărsături, fixitate pupilară, slăbirea progresivă a puterii vizuale până la orbirea complectă, dispnee, cianoză, coma. Indeosebire de intoxicația etilică. în cea metilică nu se înregistrează convulsiunile premergătoare morții.

Antidotul și tratamentul: injecție subcutanată de 25 cc. de hipermanganat de potasiu 2%. administrarea bucală, în 24 ore. a unui litru dintr'o soluție de 5% natrium citric; 4—6 linguri de calcium chlorat (25 gr. la 150 gr. apă distilată).

d) **Leziunile anatomice:** fața cianozată; petele cadaverice seamănă cu acele ale intoxicației etilice; o mare repletiune cu sânge fluid a organelor (îndeosebi creerul și plămânul); hiperemia cu pete echimotice pe mucoasele căilor aeriene, pe aceea a stomacului și a începutului intestinului subțire; obturarea mucoasă a bronchiilor: hiperemia inflamatorie a mucoasei vesicale: dilatarea, fără extravazate sanguine, a vaselor coroidei: umflarea fibrei nervoase a retinei; revărsarea sanguină în nervul optic al cadavrului recent; proliferarea țesutului conjunctiv la cadavrele în putrefacție: degenerarea grăsoasă a chiasmei optice și a corpului geniculat; modificări degenerative și mici extravazate sanguine în măduva prelungită.

III. Identificarea alcoolului în organism

Aceasta înlesnește expertului nu numai confirmarea intoxicației, dar și gradul ei. — La omul viu numai într'un interval determinat, la cel mort chiar în stare de putrefacție. Alcoolul se regăsește în conținutul stomacal, în cel intestinal, în umori — mai ales în sânge și urină — și în creer, splină, ficat, rinichi, plămâni, inimă și mușchi.

Indeosebi concludentă e identificarea toxicului în sânge, pentrucă e stabilit că repartiția impregnării e aproape omogenă, iar indicele cantitativ al acestei impregnări e în raport direct cu greutatea totală a corpului. Cunoscându-se și natura și gradul de tărie a băuturii alcoolice ingerate, se poate deci determina, bine înțeles numai aproximativ, însăși cantitatea acestei băuturi. Aproximația e întotdeauna în minus, pentrucă e fapt constant că, ori cât de mare ar fi doza de substanță toxică, în 24 ore înainte de moarte ori e eliminată ori e în întregime distrusă prin combustiunea internă. Prin urmare, rezultatul dozajului chimic va fi cu atât mai slab, cu cât au trecut mai multe ore dela ingerarea ultimei cantități de băutură alcoolică. O valoare aproape constantă a proporției de alcool în sânge se poate nota numai pentru băutura ingerată cu 2—3 ore înainte de moarte, interval în care alcoolul din stomac e complect absorbit și uniform difuzat.

Metoda de dozare, de o preciziune matematică, e aceea a lui *Nicloux*, cu ingeniozitate utilizată de *Balthazard* și *Marcelle Lambert* și aplicabilă chiar la examinarea unei cât de mici cantități de sânge (10 cc. sau chiar mai puțin).

Bazat pe reacția cu bicromatul de potasiu, în prezența acidului sulfuric, procedeul ar fi susceptibil de o *dozare* exagerată sau chiar de o interpretare greșită în două împrejurări: 1) coexistența în sânge a cloroformului, eterului, glicerinei și paraldehidei. 2) putrefacția. — In adevăr, anestezicele pomenite sau intoxicația medicamentoasă cu paraldehida dau exact aceeaș reacțiune și atunci trebue în prealabil stabilit, dacă persoana a fost anesteziată sau tratată cu puțin înainte de moarte. Cât despre putrefacție, ea dă naștere la amine și amide oxidabile în prezența reactivului și prezintându-se astfel ca alcoolul absolut. Neajunsul poate fi înlăturat numai în putrefacția incipientă, pe cale de distilări succesive în mediu alcalin și acid. In putrefacția gazoasă, proporția de alcool rămâne mărită.

Spre a se determina cantitatea de băutură ingerată, după ce s'a calculat cantitatea de alcool absolut, prin înmulțirea indicelui proporțional (cantitatea de alcool în 1.000 gr., sânge) cu numărul indicând greutatea în kilograme a corpului, produsul se înmulțește din nou cu gradul de tărie al băuturii.

a) **Gradul de intoxicație.** — Ținându-se seamă de condițiunile individuale (inclusiv aceea a obiceiunței), cantitatea de alcool astfel determinată permite și aprecierea gadului de intoxicație. La noi, chestiunea a fost cu competență pusă la punct de către *Dr. Teodor Vasiliu*, șef de lucrări, și *Dr. Nicolae Ioanid*, chimist legist, — ambii dela Institutul Medico-Legal „Profesor Dr. Mina Minovici" din București. („Diagnosticul intoxicației alcoolice acute și aplicarea metodei lui Nicloux în medicina legală", București 1930).

1. Un indice proporțional mai mic de 0,002 exclude bețiа adultului; copiii, din contră, au o sensibilitate specială pentru alcool (de 4 ori mai mare decât aceea a adultului).

2. Un indice proporțional de 0,002—0,003 corespunde unei stări anormale, mai ales la cei neînvățați cu alcoolul, deci mai susceptibili la acțiunea lui.

3. Un indice mai mare de 0,003—0,004 răspunde stării de ebrietate (bețiа ușoară), indiferent de gradul de obicinuință.

4. Un indice mai mare de 0,004 (până la 0,006) corespunde beției caracterizitate, cu tabloul complect sau numai în una din principalele ei faze (excitația cu pierderea echilibrului, depresiunea).

5. Un indice de 0,007 provoacă anestezia parțială.

6. Un indice de 0,008—0,009 e acela al anesteziei complecte.

7. Coma și moartea nemijlocit consecutivă acțiunii alcoolului (cu excluderea deci a unei afecțiuni secundare) se produc cu un indice de cel puțin 0,009—0,010.

Gradul de intoxicație e în funcțiune de:

I. **Starea de concentrare a alcoolului din băutura ingerată:**

1. Băuturile cu o concentrațiune mijlocie de 10% (vinurile) respectă regulile stabilite de Nicloux și Balthazard.

2. Ingerarea de băuturi foarte concentrate (40%) ca țuica tare, licherurile, romul, etc., mărește cu 1/6, 1/4, 1/3 proporția de alcool în sânge găsită cu băuturile din categoria precedentă.

3. Cu băuturile slabe, cum ar fi berea (3.5%) indicele alcoolic al sângelui scade.

II. **Frecvența ingerărilor:**

1. In medicina legală au importanță ingerările frecvente și la intervale inferioare sau egale cu o oră. Totul se petrece cașicum ultima libațiune ar reprezenta totalitatea alcoolului absorbit în cursul orelor precedente. deoarece după o oră dela ultima ingerare, cantitatea de alcool în sânge atinge aproape cifra care s'ar obține după o consumare globală.

2. Ingerările rare mai distanțate au un interes medico-legal mediocru, căci ele duc rar la starea de beție.

3. Când alcoolul se găsește amestecat cu alimente, în special grăsimi, absorbția lui e întârziată; se găsește de cinci ori mai puțin alcool în urină, când el a fost absorbit în timpul unei mese copioase.

4. Alcoolismul cronic nu modifică fenomenele de absorbție sau de eliminare a alcoolului.

III. **Gradul de toleranță față de alcool:**

Starea de ebrietate nu este întotdeauna în raport direct cu importanța libațiunilor: există inegalități de toleranță față de alcool.

1. Susceptibilitatea individuală poate să depindă mai întâiu de natura băuturilor ingerate. Esențele, aldehidele și eterii, cari intră în compoziția spirtoaselor, au, independent de acțiunea alcoolului, efecte nocive și o acțiune toxică asupra sistemului nervos.

2. Susceptibilitatea patologică trebue admisă in cazul epilepticilor, al degeneraţilor ereditari, al traumatizaţilor craniului, al indivizilor atinşi de nevroze. Din contră, acei cari suferă de diabet insipid, dipsomanii, rezistă bine la intoxicaţiunea etilică.

3. Abstinenţii, femeile şi copiii sunt deasemenea foarte sensibili la acţiunea alcoolului.

IV. Felul băuturilor alcoolice:

Pe lângă factorul alcool, mai intervin şi alte substanţe, cari au un rol important, mai ales dacă ţinem seama de marea toxicitate a esenţelor. Dar date precise asupra rolului fiziologic al esenţelor aromatice nu s'au putut obţine până in prezent.

Procedeul D-nei Marcelle Lambert — Balthazard („Recherches du vin dans le contenu gastrique") permite de a se identifica repede vinul, îndeosebi cel negru (roşu), in conţinutul stomacal sau în vărsături. Metoda e bazată pe caracterizarea pedeoparte a acidului tartric (comun vinului alb şi celui negru), iar pe de alta pe caracterizarea materiei colorante a vinului negru.

Acidul tartric se pune in evidenţă cu ajutorul reacţiunilor Denigès şi Pinerula, iar materia colorantă prin nuanţele succesive ce le ia o picătură din lichidul conţinutului stomacal pusă pe hârtie de filtru, sub acţiunea vaporilor de amoniac (verde) şi adiţionarea acidului chlorhidric sau a celui tartric (roşu aprins).

b) Alte metode de identificare a alcoolului în organism. — Ne mărginim să le indicăm:

I. *Naville* (1928) preconizează şi metoda cu interferometrul, ale cărui rezultate nu diferă de acele ale procedeului Nicloux, dar au asupra acestuia avantajul că examenul nu depinde în aşa mare măsură de aprecierea coloraţiei.

II. *Palmieri* (1928) utilizează ca element de apreciere viteza sedimentării caolinului in serul sanguin. Procesul de sedimentare e întârziat la persoana alcoolizată: punctul culminant al încetinirii se observă in intervalul de 2—6 ore dela ingerarea alcoolului — perioadă care corespunde momentului culminant al impregnării sângelui cu alcool. După acest interval, procesul de sedimentare se accelerează treptat şi redevine normal după 24—48 ore dela ingerare. Cu cât e mai mare doza de alcool cu atât mai încetinită e sedimentarea, încetinire care persistă chiar după ce nu se mai poate demonstra, chimiceşte, prezenţa alcoolului în sânge.

III. **Micrometoda lui Widmark:** determinarea prezenţei alcoolului se face în timp mai scurt la cel deprins cu băutura decât la abstinent; in schimb, la cel obicinuit, alcoolul dispare repede din circulaţia sanguină.

IV. **Căutarea alcoolului în urină.** — Concentraţiunea alcoolică in urină e direct proporţională cu aceeaş concentraţiune in sânge, iar raportul dintre aceste două concentrări e constant *(Carter Southgate*, 1926). Un indice inferior lui 0,001 exclude intoxicaţia.

V. **Sporirea urobilinei şi a bilirubinei in urină** e o indicaţiune de intoxicaţiune alcoolică. Sporul iniţial (0,85—0,91 unităţi faţă de 0,60—0,80 in stare normală) persistă timp de 4—5 zile, pentru ca apoi să se reducă treptat *(Wallace*, 1927).

VI. **Indicele alcoolic din lichidul rachidian** e egal cu cel din urină.

VII. **Indicele alcoolic din creer.** — Rezultatul examenului a 6000 de creere umane: 1) pentru substanţa cerebrală a persoanelor cari, cel puţin 10 zile înainte de moarte, n'au consumat băuturi alcoolice, indicele maxim a fost de 0,000025, iar în creerul celor cari consumaseră alcool, 0,005—0,006;

în toate cazurile în cari indicele a fost inferior lui 0,001 persoanele s'au comportat normal înainte de moarte; la un indice de 0,001—0,0025 corespundea o stare de agresivitate sau de impasibilitate; la un indice mai mare ca 0.0025 s'au notat înainte de moarte toate semnele unei grave intoxicaţii (*Getler-Tiber*, 1927).

c) **Intoxicaţia transmisă sugaciului.** — Identificarea alcoolului în cadavrul sugaciului (prin suptul laptelui) permite să se stabilească, în caz de moarte suspectă a acestuia, cu sau fără urme de violenţe, dacă mama (doica) era sau nu beată în cele câteva ore cari au precedat decesul copilului. Identificarea acesta are o deosebită valoare diagnosticală, pentrucă, în momentul când femeea e examinată, alcoolul a avut vreme să dispară din sângele acesteia.

Dervieux-Szumlanski-Desoille (1929) îşi intemeiază acest diagnostic pe următoarele notaţiuni făcute într'un caz concret:

1. *Gradul de intoxicaţie alcoolică a copilului:* analiza ficatului dă 0,65 gr. alcool absolut la kilogramul de greutate corporală: copilul fiind de 5 kgr., absorbise între 3—4 cc. alcool absolut.

2. *Conţinutul de alcool din laptele mamei:* analiza a dat proporţia de 1,75 cc. alcool absolut la litrul din laptele extras din stomacul copilului. Procentul acesta e în realitate inferior aceluia ce s'ar găsi în laptele stors direct din mamela mamei (doicii). Procentul de alcool din laptele colectat din stomacul sugaciului e inferior procentului din sângele mamei (doicii) în momentul suptului.

Metacetaldehida

Tablete albe cari înlocuesc spirtul ca substanţă de ars. Ingerate din eroare, mai ales de copii (cari le confundă cu bucăţi de zahăr), tabletele acestea cauzează o intoxicaţie: somnolenţa, convulsiuni, vărsături, cianosa, trism, tetania unilaterală a membrelor inferioare. — *Tratamentul:* spălături stomacale, bromid. — *Duvoir* (1930) semnalează sinuciderea unui adult cu astfel de tablete.

Acroleina

Se înregistrează intoxicări accidentale în industrie, prin inhalarea vaporilor de acroleină. — *Simptomele:* arsuri la ochi, lăcrimare, conjunctivită, tuse, bronşită, turburări gastrice. Moartea e de regulă tardivă: 2—3 săptămâni.

2. Cloroformul

Lichid incolor, insolubil; miros caracteristic. Anestezic general, antispasmodic, antiseptic intern, calmant local. *Indicaţiunea terapeutică:* eclampsia puerperală, tetanosul, epilepsia, colicile, crampele. — *Posologia:* pentru *adult:* 0.50—1.50 gr. pe zi; doza maximă 0,50 gr., *pro die* 3 gr.; doza letală 4 gr.; pentru *copil:* 2 picături de an.

E de observat că doza letală în ingerare variază după condiţiunile individuale. — dovadă observaţia lui *Tardieu:* unul, care ingerase 70 gr., a fost salvat prin pompa stomacală.

In ce priveşte inhalarea, doza anestezică nu trebue să treacă de 1 gr. la 2 litri de sânge.

a) ETIOLOGIA. — I. In forma acută (fie prin ingerare, fie prin inhalare), intoxicaţia cloroformică se prezintă ca:

1. *Crima:* în administrarea prin surpriză.

2. *Sinuciderea.* — Voită. Uşoară în ingerare, sinuciderea e anevoioasă în inhalare: e nevoie de un dispozitiv special ca inhalarea să continue şi după rapida pierdere a cunoştinţei. (a. După ce şi-a astupat nările cu dopuri de vată, cu ajutorul unei făşii de plastru, prinsă în jurul capului, şi-a menţinut la gură gâtul unui balon plin cu cloroform — *Schauenstein.* — *b.* Cu o bucată de tafeta gumată legată la ceafă, peste un burete îmbibat cu cloroform, pus la gură — *Hofmann.* — *c.* Culcat cu faţa în jos, peste o cutiuţă plină cu vată îmbibată cu cloroform, aşezată în dreptul gurii şi al nasului — *Vibert).* — Sinuciderea poate fi şi neprevăzută: persoanele cari, în inhalarea vaporilor de cloroform, caută o sensaţie de amorţire plăcută ori o aliniare a suferinţelor.

3. *Accidentul:* ingerarea din eroare din conţinutul unei sticle, al unui recipient; inhalarea vaporilor în urma spargerii unui recipient.

4. *Anestezia chirurgicală.* Moartea se produce la începutul, în cursul narcozei şi după încetarea acesteia. Aparatele întrebuinţate pentru dozarea acţiunii anestezicului nu suprimă nici ele accidentele mortale.

Accidentele anestezice pot avea ca origine:

a) Frecvent o *contra-indicaţie patologică* rezultând dintr'o stare predispozantă: hipertrofia thymusului (la copii şi adolescenţi), cardiopatiile (miocardita scleroasă, degenerescenţa grăsoasă; uneori şi leziunile valvulare), alcoolismul, cachexia. Numai într'un singur caz îi este iertat medicului să nu ţină seama de contra-indicaţie: atunci când de intervenţia chirurgicală depinde posibila salvare a unei persoane ce şi aşa pare sortită morţii.

b) O stare particulară a momentului, cum ar fi *stomacul plin:* cloroformizarea provoacă vărsături cari, pe cale de aspiraţie, pot pătrunde în căile aeriene, cauzând asfixia mecanică.

c) O *dozare exagerată* care, la unii indivizi, poate cauza accidentul mortal. — Vom observa însă, că expertul nu poate aprecia, după cantitatea vărsată pe o compresă, însăşi cantitatea absorbită de persoana narcotizată; aceasta depinde de dispozitivul întrebuinţat. Volumul de aer aspirat fiind în medie de 7 litri pe minut, iar doza fiind calculată la 100 miligrame cloroform la litrul de aer, urmează că anestezia nu se manifestă înainte de 30 minute; după aceasta, anestezia se întreţine cu 2—3 picături pe minut.

(Numai în caz de crimă, anestezia se poate obține repede, prin siderarea victimei).

d) O *acțiune inhibitorie* chiar la începutul sau în cursul narcozei. Paralizia cardiacă reflexă e, în atare împrejurare, datorită fie iritațiunii mucoasei foselor nazale și a mucoasei laringelui, ori acțiunii directe a vaporilor de cloroform asupra organului; fie șocului psichic: pusilaminitatea, zguduirea provocată de perspectiva morții posibile.

e) Însfârșit, *complicațiunile* ce se pot ivi de pe urma administrării contra-indicate sau a stării de impuritate a anestezicului.

Responsabilitatea medicului poate fi angajată, în afară de contra-indicație (stare predispozantă, stare particulară trecătoare), de o dozare exagerată, starea de impuritate a anestezicului, și atunci când practică anestezia fără ca importanța redusă a intervenției s'o fi necesitat.

II. In **forma cronică**, intoxicația cloroformică se notează în industrie și în laboratoare: șederea zilnică, de 6—8 ore, într'o atmosferă conținând mai mult de 10 miligrame de cloroform la litrul de aer, devine nocivă după numai două săptămâni; deasemenea vătămătoare după câteva luni, într'o atmosferă numai cu 1—2 miligrame la litrul de aer.

b) SIMPTOMELE diferă după felul administrării.

In *ingerare:* arsură în gură, gât, esofag și stomac, violente dureri epigastrice; uneori vărsături; micșorarea pulsului și încetinirea circulației; delir ebrios, pierderea cunoștinței, coma și moartea în interval de una până la câteva ore.

Readusă la cunoștință, victima poate din nou manifesta fenomene depresive și să expire în colaps și convulsiuni.

Intoxicatul fiind definitiv salvat, se notează destul de frecvent: violente dureri gastrice și intestinale, hematemeza, melena, icter cu umflarea ficatului, albuminurie, bronșită. In atare caz moartea tardivă (câteva zile) survine ca efect al acestor urmări ale narcozei.

In *inhalare* se notează succesiv: excitația, încetinirea circulației, dilatarea pupilară, dispariția sensibilității, fața palidă, mișcările respiratorii și bătăile inimii din ce în ce mai rare, opacitatea corneei, oprirea inimii și în cele din urmă încetarea respirației. Fenomenele acestea caracterizează forma morții sincopale.

In moartea prin asfixie se înregistrează: cianoza feței, vărsături, respirație intermitentă, rigiditate musculară, midriasis, convulsiuni, oprirea bruscă a respirației.

Antidotul și tratamentul. — In caz de *ingerare:* spălături stomacale cu bicarbonat de sodiu, inhalații de oxigen, nitrat de amil, tratament electric, oleu de migdale dulci, unt-de-lemn, stimulente cafea, ceaiu, mucilaginoase.

In caz de *inhalare:* respiraţia artificială, tracţiunea ritmică a limbii, inhalaţia de nitrat de amil, oxigen, mucilaginoase, sinapisme, injecţii cu strichnină

c) LEZIUNILE ANATOMICE. — In caz de *ingerare:* mirosul stomacului; leziuni ale epiteliului faringelui, laringelui şi esofagului; leziuni ale mucoasei stomacului (escare cenuşii); mucus coagulat pe mucoasa gastrică şi pe cea duodenală; uneori (cu o cantitate excesivă de cloroform) ulceraţiuni ale stomacului şi jejunumului; sângele, fluid în moartea năprasnică, e uşor coagulat în agonia prelungită.

In caz de *inhalare:* mirosul caracteristic în diversele organe şi în sânge, însă numai la cadavrul proaspăt; hiperemia plămânilor: leziuni asfixice; prezenţa inconstantă de bule gazoase în sânge.

d) IDENTIFICAREA. — Cercetările lui *Nicloux* şi *Fourquier* au stabilit că urmele cloroformului nu se mai pot găsi în organe după trecere de două ore dela moarte; în interval de 30 minute, jumătate din cantitatea inhalată e deacum eliminată prin volatilizare.

Se examinează toate viscerele, dar îndeosebi creerul, ficatul şi sângele.

3. Eterul

Eterul etilic, sulfuric. Lichid incolor, solubil (1/15). Excitant, stimulent antispasmodic, hipoanestezic. — *Indicaţiunile terapeutice:* sincopa, îndeosebi cea de origine hemoragică, asistolia, uremia, apoplexia, febrele grave, pneumonia, variola. — *Posologia în administrarea bucală:* 5—60 picături la adult, 3 picături de an la copil. *Posologia în injecţiile subcutante:* 1—2 cc. la adult, 0,1—0,5 cc. la copil (prudenţă la copil mai mic de 3 ani). *Doza letală:* 30—50 gr., în *ingerare;* 8—50 gr., în *inhalare.* — In *terapeutică* se întrebuinţează sub diverse forme: picături în apă, perle de eter, sirop de eter, licoarea lui Hofmann (amestec de alcool şi de eter), injecţii subcutanate. Ca *anestezic:* inhalaţii, pulverizare pentru producerea anesteziei locale.

a) **Etiologia.** — I. In **intoxicaţia acută**, în ordinea frecvenţei: sinucidere, accident (înghiţirea din eroare a conţinutului unei sticluţe), anestezia chirurgicală, crimă.

Indeosebi în ce priveşte anestezia generală, observaţiunile ce avem de făcut sunt aceleaşi pe cari le-am formulat la anestezia cloroformică. In plus, responsabilitatea medicului e angajată, dacă o gravă leziune sau chiar moartea pacientului e consecutivă arsurilor cauzate de inflamaţia eterului la apropierea unei flacări de masa de operaţie.

b) **Simptomele.** — 1. In *ingerare* efectele seamănă cu acele ale alcoolului, dar se produc mai repede. In *doză mică:* excitaţie plăcută, sensaţie de uşuriuţă, hilaritate. — In *doză mare:* învineţirea feţei, dilatarea şi fixitatea pupilară, dureri epigastrice, vărsături, gastrită, accidente cardiace, accelerarea şi în urmă micșorarea pulsului, epistaxis, incontinență urinară, diaree (uneori sanguinolentă), amețeli, prostrație, răcirea membrelor, turburări psicho-nervoase până la alienația mintală caracterizată, convulsiuni, oprirea respirației, letargie. Moartea asfixică ori sincopală.

2. In *inhalație:* oboseală, slăbiciune, anorexie. Infecțiunile pulmonare post-operatorii.

3. In *intoxicația cronică* (voită; accident de muncă): cefalee, turburări gastrice, vărsături, timpanism, turburări respiratorii, palpitații cardiace, dureri articulare, halucinații, frică, mania persecuției, tremurături.

Antidotul și tratamentul. — In *intoxicația acută:* amoniac, loțiuni reci respirația artificială, tracțiunea ritmică a limbii, inhalații de nitrat de amil. — In *intoxicația cronică:* suprimrea otrăvii.

c) **Leziunile anatomice** nu prezină nimic caracterstic, afară de mirosul special care însă poate dispare.

d) **Identificarea.** — Se caută și se extrage prin distilare din sânge, creer, ficat, mușchi.

* * *

In **grupa eterurilor**, cu simptome și cu tratament la fel cu acele ale eterului etilic (sulfuric), relevăm:

I. **Eterul acetic** (inflamabil): anestezic, bronchic, expectorant, stimulent, antispasmodic. Extern în reumatism și nevralgii.

II. **Eterul formicic** (inflamabil): analgesic, antiseptic, diuretic, antidiareic; inhalații pentru tratarea inflamației căilor respiratorii.

III. **Clorura de etil.** — Lichid incolor, volatil, insolubil. Anestezic local și general, aplicat și extern și în inhalații. — *Simptome:* contracțiuni musculare, deviația ochilor, inflamația retro-bulbară, tremurături, puls mic accelerat. — *Tratament* simptomatic.

IV. **Iodura de etil** (kelenul). Lichid incolor, insolubil. Antispasmodic, antiastmatic, stimulent, anestezic. — *Posologia:* în inhalare, 5-12 picături de mai multe ori pe zi: luat intern, 5—15 picături în capsule gelatinoase. — *Simptomele* sunt acele ale clorurei de etil. — *Tatament* simpotomatic.

V. **Bromura de etil.** Lichid incolor, insolubil. Anestezic (inhalații), antispasmodic, sedativ (gastralgii). Asociat cu cloroformul provoacă moartea.

VI. **Dibromidul de etil** e o otravă a celulelor, cauzând degenerarea cornoasă a rinichilor, a capsulelor suprarenale, a ficatului, pancreasului, splinei și inimii; degenerarea tunicii interne a vaselor; tendința la edemul generalizat.

4. Cloratul hidrat

Hipnotic, anticonvulsiv, anestezic. Indicat în: afecțiunile dureroase, convulsiunile infantile, tusea convulsivă, tetanos, eclampsia puerperală, choreea, crampe, astmă, sudorile nocturne la tuberculoși, incontinența urinară, antidotul stricninei. *Doza maximă* 3 gr. (6 gr. pe zi).

a) **Etiologia:** accidentul medicamentos; sinucidere.

b) **Simptomele.** — I. *Intoxicația acută:* ulcerațiuni bucale, vărsături, icter, retenție urinară, albuminurie, ambliopie, dispnee, amețeli, delir, halucinații, paralizia membrelor inferioare, cianoză, convulsiuni, coma cu moartea după o jumătate de oră, sau moartea fulgerătoare in câteva minute. — II. *Intoxicația cronică:* turburări digestive, anorexie, vărsături, slăbire, icter, diaree, exanteme, nevralgii, paralizia membrelor inferioare, imbecilitate, idiotism.

Antidotul și tratamentul. — In *intoxicația acută:* emetice, spălături stomacale, diuretice, respirație artificială, eter, excitante cutanate (flagelare), spălături iritante (amoniac), picrotoxină. — In *intoxicația cronică:* băi calde, electricitate, lăsare de sânge, strichnina (0.003 gr.), cafeină, oleiu camforat, respirație artificală, inhalație de nitrat de amil, arsenic.

c) **Autopsia:** ulcerațiuni bucale, mirosul particular al stomacului; mucoasa stomacului și mucoasa începutului intestinului subțire injectate.

I. Sulfonalul are aceleași indicațiuni terapeutice ca și chloralul hidrat. Doza maximă 2—4 gr. pe zi: pentru copii: 0,03 numai după 3 ani.

a) *Simptomele intoxicației acute:* amețeli, hipotermie, erupții cutanate, turburări cardiace, insensibilitate, delir, cianoză, oligurie cu albuminurie, dispnee. Moartea in 1—4 zile. — *Semnele intoxicației cronice:* vâjâituri in urechi, colici, vărsături, cefalee, amețeli.

b) *Antidotul și tratamentul:* excitante, pompă stomacală, diuretice, purgative, bicarbonat de sodiu, clisme căldicele, tanin, cafea, ceaiu.

c) *Autopsia:* pneumonia acută.

II. Trionalul e indicat in insomnia nervoasă. Doza maxima: 2—4 gr. pe zi.

a) *Simptomele intoxicației acute:* atacuri epileptoide, hipotermie, amețeli, vărsături, dispnee, retenție urinară, colaps. — *Semnele intoxicației cronice:* cefalee, amețeli, vărsături, colici, diaree sanguinolentă, dureri vesicale și uretrale, oligurie, hematoporfirinurie.

b) *Antidotul și tratamentul:* spălături stomacale, diuretice, purgative, clisme căldicele, ceaiu, cafea.

3. Acidul cianhidric (acidul prusic)

Lichid foarte volatil, incolor, cu miros de migdale amare.

Toxic cu efect fulgerător fie in stare de soluție, fie în stare gazoasă. Principiu toxic al migdalei amare (o migdală conține ca la 1 mgr. de acid cianhidric). 4—6 migdale amare ajung pentru omorîrea unui copil.

In terapeutică (soluția apoasă de 2%) toxicul e indicat in: nevralgiile convulsive, tusea convulsivă, gastralgii. *Posologia:* 2—3 picături de 3—4 ori pe zi pentru *adult;* pentru *copil* (cu mare prudență) o picătură de an. *Doza maximală:* 0.10 gr. pro dosi și 0,50 gr. pro die de soluție oficinală. *Doza letală:* 0.05 acid cianhidric *pur anhidru*, adică o soluție oficinală de maximum 2.50%. In doză foarte concentrată, moartea în 2—3 minute. In concentrarea mai mică moartea poate întârzia 30 minute, o oră și chiar câteva ore (o fată de 16 ani a murit în 30 minute, prin ingerarea a 5 gr. dintr'un preparat de curățat încălțămintea — o soluție de 4% acid cianhidric — *Bech-Larsen*, 1928). — In stare gazoasă, efectul toxic se produce, în inhalarea aerului în care se află răspândit acidul cianhidric, prin leziunile pulmonare cauzate mai lent (uneori după 24—36 ore).

a) **Etiologia.** — 1. *Crima* e o raritate; totuș e posibilă: sau soluția e prea concentrată, sau se întrebuințează un preparat în compoziția căruia intră otrava (un caz de otrăvire prin punerea bidrobromidului de scopolamină într'o ceașcă, de cacao — *Van Itallie*, 1928), sau însfârșit criminalul și-l prepară singur (cazul asasinului Troppmann: prin distilarea unui amestec de ferocianură de potasiu cu acidul sulfuric).

2. *Sinuciderea* e și ea rară, din cauza greutății de a-și procura otrava. S'au notat însă cazuri prin mărirea dozei maximale a soluției prescrise de medic, prin ingerarea preparatelor din comerț în compoziția cărora intră acidul cianhidric (uleiul de migdale amare, unele licheruri ca persico, maraschino — în prepararea cărora intră sâmburii de piersici, de vișine); prin consumarea în mare cantitate a acestor sâmburi *(Seferowitz* a notat o intoxicație în urma consumării unui mare număr de sâmburi de *prune);* inghițirea unui preparat industrial cu bază de acid cianhidric; inghițirea unui preparat farmaceutic cu atare bază.

3. *Accidentul* cu otrava dizolvată se inregistrează numai când soluția e luată din eroare sau când, din nebăgare de seamă sau din ignoranță, se mărește doza. Cele mai frecvente sunt accidentele consecutive *inhalării acidului cianhidric în forma gazoasă.*

I. In acest din urmă caz, nenorocirile se întâmplă îndeosebi în urma desinfectării sau desinsectizării locuințelor, fie în timpul operației prin neobservarea măsurilor de precauțiune, fie după aceea, prin insuficienta aerisire a încăperii. *(Kohn-Abrest* relatează o serie de 9 cazuri, consecutive faptului că aerul din camere mai conținea circa 0.01% acid cianhidric).

Intoxicația nu se produce numai direct, adică prin respirarea aerului viciat din chiar încăperea desinfectată, ci și *indirect:* vrem să vorbim de *infiltrațiunea dela distanță a gazului toxic,* precum o arată următoarea observație recentă făcută la noi:

In 1929, un ziarist din Timișoara se duce în consultație la un dentist din localitate. In timp ce aștepta să-i vină rândul, simte nevoea de a se retrage în closet. — Sala de așteptare se golește și dentistul observă în cuer o pălărie și un pardesiu streine. Incepe să caute și in cele din urmă forțează ușa closetului — unde dă peste cadavrul gazetarului, iar din prag il izbește un miros asfixiant. — Analiza chimică, făcută în laboratorul de toxicologie al Institutului Medico-Legal din București, a demonstrat că moartea a fost datorită intoxicației cu acid cianhidric. Ancheta a stabilit că gazul toxic s'a infiltrat in closet dela un apartament vecin, care, în ajun, fusese desinfectat cu acest toxic.

Trebuie să se interzică atari desinfectări, deoarece cantitatea de vapori cianhidrici degajați atinge proporția ucigătoare de 5—6 miligrame la litrul de aer.

II. Intoxicația cronică prin gazul aerian, praful de cărbune, combustiunea unora dintre explozive.

III. Intoxicațiile de laborator: *Scheele*, descoperitorul acidului cianhidric, a murit sub acțiunea vaporilor preparați în propriul lui laborator.

IV. Intoxicațiile alimentare: migdalele amare, cremele preparate cu esență de migdale amare, lichErurile preparate cu esențe conținând acidul cianhidric (extractele din sâmburii de vișine, piersice, fasolea cianhidrică).

b) **Simptomele** diferă după violența acțiunii toxicului.

I. In *forma fulgerătoare*. — Dacă acidul cianhidric gazos pătrunde repede în căile respiratorii, ori dacă se înghite o soluție concentrată, victima cade ca trăsnită: corpul se înțepenește și răcește; pulsul e imperceptibil; respirația se oprește; fața tumefiată, e ori cianozată, ori de o paloare cadaverică; ochii, cu pupila dilatată, sunt holbați; spumă sanguinolentă la gură. Moartea în 2—3 minute.

II. *Forma acută*. — Succesiv se notează: puțin timp după ingerare sau inhalare, victima se prăbușește, scoțând un strigăt înfiorător; amăreală în gură; dureri occipitale; sensație de opresiune toracică, dureri precordiale; respirația sacadată; dilatarea și fixitatea pupilară: convulsiuni tonice și clonice (trismus, opisthotonus), spumă sanguinolentă la gură și nas; paralizia complectă; stingerea respirației; răcirea corpului; fața învinețită sau palidă; exoftalmie; stingerea pulsului. Moartea, de regulă, în 20—30 minute; sunt și excepții (*Taylor*: 36 ore după ingerare de 30 gr. dintr'o soluție de 1%).

III. In *forma ușoară*: dispnee, constricții faringee, cefalalgie, greață, amețeli, mers nesigur, puls accelerat, dureri de șale; accesele de convulsiuni violente se repetă timp de 2—3 ore; slăbiciunea e extremă, respirația e îngreuiată, fața se cianozează. Vărsăturile sunt de bun augur; altfel se produce coma și e nevoie de o intervenție grabnică. Efectele intoxicării dispar cu încetul (în câteva zile sau chiar câteva luni): aritmia, slăbiciunea pulsului, vertijul, slăbiciunea generală, insomnia, turburările motrice, greutatea în vorbire; rare ori nefrita.

Antidotul și tratamentul. — In genere, dacă moartea nu se produce în interval de 30 minute dela intoxicare, sunt șanse mari de salvare. Intervenția consistă în: spălături stomacale, insuflare de oxigen, administrarea bucală de apă oxigenată de 3—4 volume; se dă succesiv câte 3 gr. de sulfat de fier și de carbonat de natriu în soluție, apă de var, clorură de calciu (4 gr. la 200 gr. apă), antidotul multiplu Jeannel: injecții subcutanate cu apă oxigenată, cu apomorfină; dușuri sau loțiuni reci, excitante, opiu, cafea, morfină, muștar, diuretice, injecție intravenoasă de thiosulfat de sodiu (0.50—1.50 gr.), glucoză *per os* și intravenos. *In extremis*: trachetomie.

c) **Autopsia.** — 1. *Examenul extern:* pupilele dilatate, gura plină cu spumă, trismus, mirosul de migdale amare. Lividitățile nu au aceeaș nuanță: unele sunt mai deschise (ca în intoxicația cu CO), altele mai închise. Rigiditatea precoce. Putrefacția când precoce, când întârziată, după condițiunile individuale și cele atmosferice.

2. *Examenul intern.* — Mirosul specific izbește chiar în momentul deschiderii cadavrului și e mai pronunțat la creer, plămân, stomac și în conținutul acestuia. Mirosul nu se mai percepe în autopsia tardivă. — Congestia meningelor, a creerului și a măduvei; congestia plămânilor, ficatului, splinei și rinichilor. Echimoze subpleurale, sub-pericardice. Mucoasa stomacului e injectată.

Sângele, fluid, e sau de un roșu aprins, sau negru cu câteva cheaguri moi.

Cianura de potasiu

Baghete, lame sau bucăți neregulate albe, cu structură cristalină, higroscopice, solubile in apă, în alcool diluat. Acțiunea toxică depinde de gradul de puritate: cianura de potasiu din comerț, care se descompune în contact cu aerul, conține până la 50% carbonat de potasiu. E foarte mult întrebuințată în industrie (aurirea, argintarea, nikelarea metalelor), precum și în fotografie. Efectele sunt datorite degajării acidului cianhidric în contactul cianurii cu sucul gastric. — *Indicațiile terapeutice:* sedativ, antispasmodic (dispnee astmă, ftizie, tuse convulsivă). — *Posologia:* doza maximă 0.01—0.03; doza zilnică 0.04--0.10; doza letală 0.20—0.30.

a) **Etiologia.** — I. *Crima,* prin administrarea directă, e rară, din cauza gustului specific. Cianura fiind însă indirect administrată (în vin sau alte băuturi alcoolice), gustul nu mai e izbitor.

II. *Sinuciderea* (individuală sau colectivă), grație ușurinței cu care se poate căpăta otrava, e destul de frecventă.

III. *Accidentul* se notează sau prin ingerarea medicamentelor, sau chiar prin piele (un fotograf, spre a scoate depe degete o pată de lapis, s'a servit de cianura de potasiu în substanță; aceasta a provocat o escară cutanată și a pătruns pe sub unghie: timp de 8 ore victima a fost în primejdie de moarte — *Tardieu).*

b) **Siptomele** seamănă cu acele ale intoxicației cu acidul cianhidric, dar caracteristicile tabloului clinic sunt: cianosa feței, mirosul de migdale amare al răsuflării, respirația scadată, spumă la gură, sudori reci, cefalalgie, greață și vărsături, defecare și micțiune involuntară, convulsiuni, coma. Moartea e rapidă sau lentă după cum a fost și doza: în câteva minute, câteva ore, uneori chiar câteva zile, după cum probează o observație recentă (simptomele s'au desvoltat timp de 12 zile la un bărbat de 29 ani; în plus, suferea de epilepsia esențială — *Ernst,* 1928).

Antidotul și tratamentul: vomitive, inhalație, respirație artificială, stropirea cu apă rece a feței; curent electric; nitrit de amil; un amestec de: 4

gr. sulfat feros și 4 gr., carbonat de sodiu la 200 gr. apă; peroxid de fier hidratat: stimulente eter, acetat de amoniac. atropină, tinctura de belladona (Vezi și: *antidotul și tratamentul intoxicației cu acidul cianhidric*).

c) **Autopsia.** — I. *Examenul extern:* fața cianozată, spumă la gură; puncte hemoragice ale feței, gâtului și ale părții superioare a pieptului.

II. *Examenul intern.* — La deschiderea cadavrului: mirosul specific de migdale amare, care uneori poate fi acela al amoniacului.

Cianura de potasiu având și proprietăți caustice, cari se afirmă și după moarte, leziunile anatomice sunt foarte pronunțate și se notează: revărsări sanguine pe suprafața emisferelor cerebrale și la baza creerului; echimoze subpleurale, sub-pericardice; congestia plămânilor și a bronchiilor, tumefiarea și imbibițiunea sanguină a mucoasei faringelui, laringelui, tracheei, esofagului și duodenului; stomacul retractat, cu pereții îngroșați, infiltrați cu sânge: mucoasa gastrică, tumefiată, roșiatică, ramolită, aproape transparentă, îndeosebi pe fundul organului, e acoperită cu un strat gros de mucus roșiatic; în conținutul stomacal, vâscos, roșiatec și cu reacțiune alcalină, se pot uneori găsi fragmente de cianură de potasiu.

Sângele are aspectul și consistența aceluia din intoxicația cu acidul cianhidric.

d) **Identificarea acidului cianhidric**

Indiferent dacă otrăvirea e consecutivă acidului cianhidric pur (în soluție sau sub forma gazoasă) sau cianurei de potasiu, principiul toxic e acidul cianhidric care poate fi regăsit în organe, mai ales în stomac și în începutul intestinului subțire, uneori și în creer; în urină nu se găsește niciodată. Deși foarte volatil, toxicul rezistă și putrefacției și e identificat (procedeul Jacquemin) după vreme îndelungată (15—100 zile) în combinațiunile chimice (sulfocianure) ce se produc în organism. E însă de observat că doze foarte mici se pot izola și din conținutul stomacal și intestinal al unui individ care, înainte de moarte (din altă cauză), a absorbit mari cantități de migdale amare ori de lichide conținând acidul cianhidric.

In teză generală, atunci când doza mortală e la limită (0,05 gr. acid cianhidric pur anhidru) nici o reacțiune chimică nu mai e în stare să trădeze prezența toxicului. Izolarea se poate face numai în excesul de substanță toxică, adică în moartea consecutivă unei doze mai mult sau mai puțin masivă. Și atunci îl regăsim sau în sulfocianurile — produs al acțiunii putrefacției — sau în parte din excesul cruțat, pentrucă transformarea sulfo-cianată nu e nici constantă nici întotdeauna integrală.

Urmele nu se mai pot caracteriza atunci când, tot sub influența putrefacției, excesul se transformă în *formiat de amoniac*.

6. Acidul fenic

Acidul fenic (fenolul, acidul carbolic): cristali incolori, solubili în apă, cu miros caracteristic.

Doza toxică și cea mortală variază după condițiunile individuale. Cea mortală oscilează, la adult, între 1.5 gr. și 30 gr.; deaceea putem nota curiozități ca acestea: o femee de 24 ani sucombă ingerării unei doze de 1.5 gr., iar un bărbat robust rezistă unei doze de 25 gr. — In ce privește copilul, acesta e foarte susceptibil (moartea unui copil după ingerarea a două lingurițe dintr'o soluție de 3% adică 0.6 gr. substanță toxică).

Antiseptic puternic. E indicat (foarte diluat) în psoriasis și rar ca antitermic în febra tifoidă și alte pirexii. *Posologia internă:* 0.01—0.10 de 2—5 ori pe zi: *externă:* gargarisme 1%, glicerină fenicată 1%. — *Doza maximă:* 0.10 gr. (0.30—0.50 gr. pe zi)

a) Etiologia.—I. *Crima* e o raritate, din cauza gustului greţos al toxicului. E posibilă numai cu copiii sau cu adulţii fără cunoştinţă.

II. *Sinuciderea* e destul de frecventă.

III. *Accidentul* are ca origine: o confuzie (înghiţirea din nebăgarea de seamă), terapeutica, acţiunea internă sau cutanată a unor produse industriale.

Sinucidere cu o tinctură de păr japoneză (două fete s'au otrăvit cu această tinctură — *Ezol*, 1928).

Accidente cutanate datorite produselor industriale — dermatite consecutive vopselelor de cănit părul, roşeaţa şi cojirea scoicii urechii şi a pielei de pe dosul urechei, roşenţa şi umflarea pleoapelor; forme erisipeloase, eritrodermie (*Brocq*, 1928); dermatita blănurilor vopsite.

Accidentele terapeutice. — Se notează pe toate căile de administrare: bucală, rectală, vaginală, cutanată (pansamente, spălături). Intensitatea toxicităţii în aplicaţiunea externă e în funcţiune nu atât

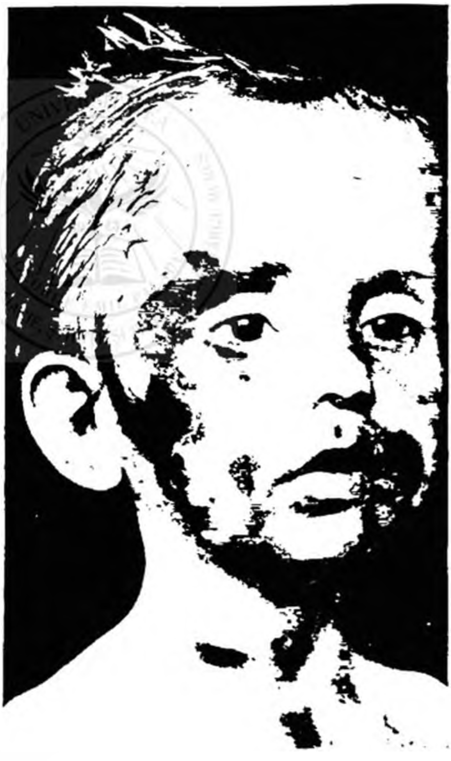


Fig. 203 — Otrăvire (accidentală) cu acid fenic: din greşală în loc de untură de peşte mama i-a dat copilului să înghită acid fenic. Pe fotografie se văd şi arsurile cauzate la gură, bărbie şi pe faţă.

de starea de concentrare cât de durata contactului cu pielea intactă sau lezată (cazuri de gangrenă la degetele mâinilor şi picioarelor, în aplicaţiunea prelungită peste rană, a unei soluţii slabe de 2—3%).

b) **Simptomele.** — Mirosul urmei. In administrarea internă se notează:

I. In *intoxicaţia acută:* arsuri în gură, sensaţie de arsură in esofag, stomac şi intestin, vărsături (inconstant), pielea vânată, rece şi umedă; insensibilitate; pulsul slab şi neregulat; bătăile inimii abea perceptibile; delir ebrios, vertij, vâjâituri in urechi, stupoare, contractarea pupilei (dilatarea in perioada agonică); pierderea cunoştinţei, colaps (uneori asociat cu convulsiuni); urina de un verde măsliniu sau chiar neagră (inconstant). Moartea mai mult sau mai puţin rapidă (10—20 minute, câteva ore), după gradul de concentrare.

Salvat, se notează accidente secundare: hematemesa, melena, laringita, tracheita, pneumonia, albuminuria, hematuria, cilindri in urină, disuria, cistita, icterul, hemoglobinuria, urobilinuria.

II. *Intoxicaţia cronică.* — In *administrarea internă:* ameţeli, delir, slăbirea pulsului, hipotermie, colaps, albuminurie. — In *aplicaţiunea externă,* pe piele sau pe mucoasele externe: eritem, desquamare; pe mucoasele externe apar plăci uscate albicioase cari apoi se inchid şi se desprind, erupţie exantematoasă, buloasă; gangrena degetelor sau a părţilor genitale externe feminine.

Antidotul şi tratamentul: vomitive, spălături stomacale cu acid acetic diluat sau cu sulfat de sodiu (10 gr. la 1.000) până ce lichidul nu mai dă reacţiunea fenolului: lapte de var; zaharat de calciu; apă albuminoasă; magnezie calcinată; ghiaţă; respiraţie artificială; injecţii cu eter; venisecţie. Tratamentul ulterior: emoliente, stimulente, sinapisme, tonice, oleioase.

c) **Leziunile anatomice** diferă după gradul de concentrare. In toate cazurile, chiar dela deschiderea cadavrului, te izbeşte mirosul specific (indeosebi la stomac).

In intoxicaţiile cu o soluţie prea diluată, alteraţiunile din tubul digestiv sunt relativ de mică importanţă. — In otrăvirea cu o soluţie concentrată sau cu acidul fenic pur: extravazate sanguine, plăci echimotice, desquamarea mucoaselor (uneori de culoare albicioasă); stomacul întărit: mucoasa gastrică de culoare ardoazată bătând uşor în roşu; conţinutul stomacal negricios: degenerescenţa grăsoasă a ficatului şi a rinichilor (inconstant). In caz de moarte tardivă se mai observă: o intensă congestie pulmonară, uneori cu nuclee de broncho-pneumonie; leziuni nefritice, degenerescenţa grăsoasă a stomacului şi a muşchilor.

Sângele e în genere fluid, de culoare închisă. In intoxicaţia cu o soluţie foarte concentrată sau cu acidul fenic pur, sângele din ventriculul drept e negru, iar cel din ventriculul stâng roşu. Dacă intoxicaţia e consecutivă unei injecţii intra-venoase, sângele e negru în tot sistemul circulator. Expus la aer se'nroșește și se coagulează.

d) **Identificarea.** — Se caută în leziunea locală externă și în cadavru, în care e răspândit peste tot, deși în interval a avut vreme să se elimine în bună parte prin urină și plămâni. Se izolează prin distilare.

7. Hidrocarburile

I. Petrolul

Țițeiul și esențele de petrol nebenzenice. — Fricțiunile cu petrolul lampant cauzează o inflamație cutanată. Injecțiunea subcutanată dă naștere la flegmoni.

Respirarea vaporilor de țițeiu, de petrol lampant, ori absorbțiunea lor cutanată provoacă beția petrolică (un somn adânc prelungit), turburări respiratorii până la apoplexia seroasă. nefrita. Intoxicația cronică are conjunctivita drept stigmat caracteristic.

II. Benzina

Are și o întrebuințare terapeutică: antiseptic: indicată în tratarea catarului, tusei a fermentațiunilor stomacale. a viermilor din trichinoză, în tratarea leucemiei. — *Posologia:* 2—24 picături de 3—4 ori pe zi în capsule gelatinoase. *Doza maximă:* 1.5 gr. (6 gr. *pe zi*).

Etiologia. — *Sinuciderea* (un adult a murit în 12 ore după ingerarea a 30 gr.) — *Accidental:* un copil de 2 ani a murit în 10 minute, după o singură înghițitură. Accidentul se mai produce frecvent prin inhalare (un lucrător găsit mort după o oră dela coborîrea sa într'un tanc care conținuse benzină: accidente frecvente în fabricile în cari se întrebuințează benzina, în rafinăriile și depozitele de benzină).

a) **Simptomele.** — I. In *forma subacută:* stare ebrioasă cu cefalee, vertij, vărsături.

II. In *forma acută* (intoxicația masivă sau inhalarea de vapori calzi): iritarea mucoaselor și a plămânilor, vărsături sanguinolente, slăbirea pulsului, anemie acută, insuficiență renală, hebetudine, cianoza feței. epistaxis. delir halucinator cu hipo-sau hiperestezie. turburări ale vorbirii. coma.

III. *In forma cronică:* anemie aplastică cronică, purpura hemoragică, hebetudine. scăderea temperaturii, micșorarea pulsului, hematemesă. epistaxis. hemoragii gingivale. metroragie la femee. mirosul fetid al gurii. albuminurie, slăbirea corpului prin dispariția grăsimii. oboseală generală, dureri de cap, anorexie, apariția de mici pete albăstrui pe extremități.

Prognosticul e rău atunci când procentul leucocitelor e sub 1.200.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale și intestinale, emetice, purgative. injecții intravenoase de ser fiziologic. analeptice, tratament simptomatic. — Să nu se întrebuințeze substanțe grase sau alcoolice, cari pot dizolva otrava.

b) **Leziunile anatomice.** — In general se notează semnele asfixiei acute: echimose şi edem pulmonar hemoragic. — După cazurile individuale se pot observa: meteorism, hemoragii multiple ale pielei; lichid sanguinolent des în cavităţile pleurale, hemoragii în cele mai multe organe, culoarea albăstrue-verde a conţinutului stomacal; sângele fluid, fără chiaguri şi de nuanţă închisă; meningele şi creerul congestionate; un mucus gros, gelatinos pe căile aeriene; ţâşnirea din plămân (la presiune) a unui lichid mucos.

c) **Analiza chimică.** — Se extrage din viscere şi se dozează în aerul respirat.

III. Nitrobenzolul (esenţa de Mirban)

Lichid galben, limpede, insolubil, cu miros de migdale amare. Desinfectant extern (20 picături au cauzat moartea unui tânăr de 19 ani — *Bahrdt*).

Etiologia. — Intrebuinţat în industria parfumeriei, în patiserie, la prepararea licherurilor (în locul adevăratului uleiu de migdale amare).

Intoxicaţia e consecutivă: absorbţiuni interne, inhalaţiei (în uzine, laboratoare, cu ocazia deparazitării), absorbţiunii prin piele, întrebuinţării ca abortiv.

a) **Simptomele**, chiar în caz de ingerare, se manifestă abea după un interval variabil (13—30—60 minute sau chiar mai mult).

Tabloul clinic, în ordinea cronologică, e următorul: slăbiciune, cefalalgie; cianoza feţei, a extremităţilor, a mucoaselor, gingiilor, limbii, faringelui; miros de migdale amare; dispneea; accelerarea apoi încetinirea bătăilor inimii; mers nesigur, viziune turbure, vorbire neclară, greaţă, convulsiuni generale sau contracţiuni izolate ale unora dintre muşchi; dilataţia pupilară; coma. Moartea tardivă (până la câteva zile ori chiar câteva săptămâni).

Antidotul şi tratamentul: pompă stomacală, analeptice, atropină sau belladona, respiraţie artificială, oxigen, vomitive, purgativ. — *Contra-indicate:* substanţele grase sau alcoolice cari pot dizolva otrava.

b) **Autopsia.** — Izbitor miros de migdale amare; pete echimotice pe mucoasa esofagului, stomacului şi a duodenului; o congestie venoasă generalizată; musculatura de o nuanţă cenuşie închisă.

Sângele fluid şi negricios.

In intoxicaţia cronică se pot nota şi: o degenerare parenchimatoasă a organelor; mici focare necrotice în ficat.

IV. Anilina

Lichid incolor, puţin solubil. *Doza letală:* 10—20 gr.

Etiologia. — Posibile şi *crima* şi *sinuciderea*.

In ce priveşte accidentul, acesta poate avea ca origine: *profesiunea* (lucrătorii din uzinele de anilină ori din fabricile cari produc preparate cu bază de anilină); *purtarea unui obiect* (încălţăminte) vopsit în negru cu baza lui Bandrowsky (dintre cazurile mai recente de intoxicaţie cităm pe acele semnalate de *Schmitt*, 1928 — cremă de ghete, *Aikman*, 1928 — 3 observații, *Médioni*, 1929, *Alcayaga*, 1929 — 3 *observații*, *Lop* — 1930); *contactul direct* (sugaci intoxicați prin faptul că, îndată după baie, au fost înfășurați în cearșafuri pătate ori marcate cu cerneală de anilină — *Zeligs*, 1929); *terapeutica* — o observație a lui *Arneth-Aboerth*.

Îndeosebi predispuși sunt copiii și persoanele cu idiosincrasie particulară.

Antiseptic, anilina e indicată în chorce și eclampsie. — *Posologia:* 1—2 picături de 2—3 ori pe zi. *Doza maximă* 0.20 gr. (0.40 pe zi).

a) **Simptomele.** — I. **In forma acută** simptomele diferă după calea de pătrundere a toxicului:

1. *Inhalată:* cianoza ardoazată, colorarea pielei, a buzelor și a unghiilor, cefalee, frisoane, astenie, somnolență, parestezie, senzație de căldură mare, convulsiuni, coma cu miosis căruia îi succede midriasis.

2. *Ingerată:* cianoza ardoazată, o colorație violacee a sudorii, dilatarea pupilelor, turburări respiratorii, accelerarea pulsului, spasme clonice, paralizia.

II. **In forma cronică** (inhalare): simptomatologia atenuată a intoxicației acute (cianoza dispare îndată după întreruperea lucrului sau îndepărtarea încălțămintei vopsite), colorarea în verde bătând în galben a pielei, a unghiilor și a părului, hiperhidroza profuză a mânilor, slăbire, greață, amețeli, sincopă, dureri la micțiune, hematurie. Cu timpul se notează o eczemă ulcerată a mânilor care se'ntinde și la față, penis și scrotum, cu o degenerare canceroasă a leziunilor endo-vesicale.

Antidotul și tratamentul: aer proaspăt, respirație artificială, baie fierbinte, purgativ, oxigen, injecții intravenoase cu ser fiziologic; stimulente, diuretice, mucilaginoase, injecții subcutanate de camforă.

b) **Leziunile anatomice.** — Modificări ale ficatului unde se localizează otrava și urmele lăsate în plămâni prin cari se elimină în mare parte.

Alterarea ușoară a sângelui și colorarea urinei.

Leziunile cutanate notate la omul viu în intoxicația cronică.

V. Gudronul, bitumul, uleiurile minerale

Efectele toxice ale acestor hidrocarburi se manifestă prin dermatoze și neoplazii cutanate. Se notează iritațiuni ale pielei, urmate de foliculoză, și o hipercromie localizată sau generalizată (pete de roșeață); fenomene tardive: hiperkeratosa susceptibilă de a degenera în formațiune canceroasă.

1. Un caz de *dermatită artificială cauzată de o substanță gudronată* întrebuințată la confecționarea încălțămintei: prurit rebel la ambele picioare coincizând cu portul unei perechi noui de ghete, ale cărei tălpi erau lustruite cu un lac gudronat — *Lancha Fall*, 1926.

2. Accidente cauzate de *terebentină:* a In timpul văcsuirii încălțămintei,

un mic fragment din crema cu bază de terebentină pătrunde în ochiu: o violentă inflamație a conjunctivei, înroșirea pielei pleoapei și a feței din vecinătate. — b. Din greșeală a atins ochiul cu degetul murdar de crema de ghete: chemosă flictenoasă a conjunctivei inferioare, eroziuni corneene și ulcerație cutanată *(Wollenberg*, 1927).

8. Formolul

Soluție apoasă de formaldehidă 35—40%. Lichid incolor, solubil.

Etiologia. — *Sinuciderea* e rară (un caz recent prin ingerarea a 45 gr. de fenol concentrat, cu moartea după o oră — *Olbrycht*, 1929). — *Accidentul* poate avea ca origine sau o greșeală sau o aplicațiune *terapeutică* (întrebuințarea externă ca desinfectant, gargară). *Posologia în gargarisme:* 0.25—0.50‰.

a) **Simptomele ingerării:** escare, greață, vărsături, respirație accelerată, pulsul mic și frecvent, amețeli, iritațiunea rinichilor, enterită. Moartea se produce după un interval variabil, după vârsta și constituția victimei, în 24—30 ore (un copil de 3 ani mort după o oră și un sfert).

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, apă albuminoasă, băi calde, acetat de amoniac (10—15 picături), amoniac diluat.

b) **Autopsia:** — meteorism, leziuni ale mucoasei gastrice, decolorarea și întărirea organelor.

c) **Extragerea** din viscere.

9. Sulfura de carbon

Lichid incolor, fluid ca eterul, insolubil, cu miros neplăcut de varză putrezită. Prin volatilizare, vaporii au o acțiune toxică foarte pronunțată, iar în contact cu oxigenul se aprind și detonează.

Etiologia. — *Accidente* observate: în aplicațiunile industriale (industria cauciucului, industria mătăsei artificiale, extracțiunea grăsimilor, fabricarea sulfo-carbonaților); în *utilizarea toxicului ca insecticid* (gărgărița leguminoaselor și a cerealelor, filoxera); în *aplicațiunile terapeutice* (antiseptic, desinfectant, emenagog, hipoanestezic în inhalații — în febra tifoidă, în pneumonie). *Posologia farmaceutică:* 2—4—6 picături de 3 ori pe zi în apă sau lapte.

a) **Simptomele.** — I. In *intoxicația acută* prin ingerare: ebrietate, hipotermie, amețeli, cefalee, sensație de arsuri în gât, cianoza, puls accelerat, respirație violentă, coma.

II. In *intoxicația cronică* prin inhalare: cefalalgie, vertij, greață, vărsături, anorexie, hebetudine, simptome paranoice halucinatorii, amnezie, o mare mobilitate intelectuală cu accese de violență, insomnie, turburări oculare (miosis) și auditive, slăbirea forței musculare, cachexie, impotența masculină și frigiditatea feminină, paralizii motrice, intoleranța pentru alcool, tremurul mânilor, diminuarea sensibilității la durere.

Antidotul și tratamentul. — Grabnica îndepărtare a victimei din atmosfera intoxicantă; băi calde, tratament electric; strichnină (0,01—0.02 gr. pe zi).

b) **Leziunile anatomice:** diminuarea constantă a consistenței encefalului; prezența în vasele cerebrale a unui lichid care nu se combină cu sângele.

c) **Identificarea.** Pe de o parte se extrage din viscere, iar pe de alta se caută în atmosfera respirată (3—6 mgr. de sulfură de carbon la litrul de aer face atmosfera intoxicantă).

10. Fosforul

In natură e un toxic puternic numai fosforul incolor zis și alb; cel roșu, pur, e inofensiv.

Luminos în întuneric foarte puțin solubil în apă, fosforul alb e din contră solubil în materiile grase.

Are o acțiune toxică locală și una generală *Locală:* arsuri cutanate, escare cu slabă tendință de cicatrizare, perforarea mucoaselor. — *Generală:* dizolvat în substanțele grase fosforul trece, *în natură*, în sânge și e transmis de mamă fătului din uter.

Toxicitatea crește cu gradul de divizare a substanței, ceeace favorizează solubilitatea ei; iar solubilitatea e cu atât mai mare cu cât mai gras e și mediul în care se află (untura de pește, de exemplu: conținutul stomacal bogat în grăsime).

Acțiunea toxică se înregistrează în oricare din formele în cari fosforul pătrunde în organism: stare solidă sau păstoasă (gămăliile de chibrituri, pastele pentru otrăvirea șoarecilor), în stare de dizolvare (untura de pește fosforată, acidul fosforic medicinal); în stare gazoasă, prin inhalare (hidrogenul fosforat degajat din carbura de calciu utilizată pentru producerea acetilenului de iluminat): vaporii emiși de chibriturile fabricate de sesquisulfura de fosfor la temperatura de +30°.

Doza toxică și mortală depinde și de mediul de vehiculare și de condițiunile individuale. In medie, *doza toxică* e de 0.15 gr. Cât despre cea letală, aceasta e fixată la 0,50 gr.; s'au notat însă cazuri mortale cu 0.15—0.30 gr., sau chiar cu mai puțin (0,05 gr.). S'au văzut și excepții: o supraviețuire după ingerarea unei doze de 0,75 gr. La *copil*, doza letală se poate reduce, până la 0.01 gr. (observațiile lui *Brouardel-Ogier*).

In ce privește *acidul fosforic oficinal* (lichid incolor, solubil, care conține 36.22% acid fosforic anhidru, astfel că 1 gr., din aceasta din urmă se găsește în 29 picături de preparat farmaceutic), dozajul lui de administrare e următorul: 0.30—3 gr., de mai multe ori pe zi, după cum e vorba de un copil ori de un adult.

Etiologia. — Dela suprimarea fabricării gămăliilor de chibrituri cu fosfor alb, s'au împuținat enorm cazurile de *crimă* și *sinucidere* (prin dizolvarea acestor gămălii). *Sinuciderea* ca formă etiologică a intoxicației se mai întâlnește în ingerarea pastelor fosforate (1% fosfor).

Accidentul poate avea ca origine: înghițirea din greșeală; inhalarea vaporilor; întrebuințarea fosforului ca abortiv; intoxicația medicamentoasă (untura de pește fosforată, acidul fosforic medicinal, prepararea pilulelor cu fosfură de zinc).

In terapeutică fosforul — pentru proprietățile lui de tonic, nervin, stimulent al nutriției, regenerator al oaselor — e indicat în rachitism, osteomalacie, nevralgie, neurastenie, tabes. *Posologia:* adultul 0.001 — 0.002 gr., pe zi; copilul 0.0005 pe zi.

Acidul fosforic oficinal — a cărui dozare farmaceutică am dat-o mai sus — e indicat în hipofosfaturie, neurastenie, hemoragie, rachitism.

a) **Simptomele.** — I. *Intoxicaţia acută* se manifestă din capul locului prin mirosul de usturoiu al răsuflării. Apoi, după 5—6 ore dela ingerare, se notează: arsuri în gât, sete mare cu salivaţie abundentă, violente dureri epigastrice şi colici, sughiţ, greaţă, vărsături, diaree (uneori precedată de constipaţie), sufluri cardiace, puls mic aritmic, urcarea temperaturii peste 39°. — După un interval de remisiune (2—3 zile) se reinstalează tabloul clinic reagravat: vărsături (adesea sanguinolente şi negricioase ca zaţul de cafea); defecaţie dureroasă (uneori involuntară), tenesm vesical, oligurie cu urina albuminoasă, pigmentată cu bilă şi cu exces de fosfaţi, anurie; purpura, epistaxis, hemoragie gingivală, metroragie, hemoragie cerebrală cu paralizie facială şi brachială, gangrena cutanată simetrică a picioarelor, amorţirea membrelor, cărcei foarte dureroşi, cefalalgie, slăbiciunea musculară, scăderea temperaturii sub 36 sau chiar 35 grade. In a 5-a sau a 6-a zi: agitaţie, delir cu ţipete, trism, sincopă. — Icterul — localizat (mai ales la conjunctive) sau generalizat — e un stigmat inconstant (30—60% din cazuri) al intoxicaţiei fosforice; momentul apariţiei lui variază (după 2—8 zile).

Nu în toate cazurile tabloul e complect. La copii moartea se produce în câteva ore; după primele semne digestive apar cele de origină cardiacă: lipotimie, colaps. Această formă rapidă (7—9 ore) se poate uneori înregistra şi la adult.

Răsuflarea, vărsăturile şi materiile fecale sunt fosforescente la întuneric.

In caz de supravieţuire, subsistă durerile epigastrice, vărsăturile, iar convalescenţa durează câteva săptămâni, timp în care nu sunt excluse surprizele: s'au văzut morţi subite în plină evoluţie a vindecării. Moartea se poate înregistra şi după câteva luni.

II. In *intoxicaţia cronică:* anorexie, diaree, dureri la extremităţi şi paralizia acestora, alteraţia muşchilor, o pronunţată fragilitate a oaselor (frecvente fracturi spontane), necroza maxilarului inferior.

Antidotul şi tratamentul: purgative saline, spălături stomacale, vomitive, mucilaginoase, tonice, apă albuminoasă, terebentină ozonizată, cărbune animal, sulfat de cupru, oxid de magneziu. *Contraindicate:* laptele, oleiurile, grăsimile, ca unele cari dizolvă otrava. — In intoxicaţia cu acidul fosforic oficinal: apă albuminoasă, apă de var, bicarbonat de sodiu, magnezie calcinată, emoliente, opiacee.

b) **Leziunile anatomice** variază după condiţiunile individuale şi după durata tabloului clinic.

I. In *moartea rapidă* (câteva ore): mirosul aliaceu şi fosforescenţa în întuneric a conţinutului stomacal şi intestinal.

II. In *evoluţia lentă* (moartea după câteva zile): icterul interesând și mucoasele și viscerele; gangrena cutanată simetrică a picioarelor; echimoze și uneori perforări ale stomacului și duodenului; echimoze ori sufuziuni sanguine de dimensiuni mari cutanate, mucoase, seroase, subseroase, viscerale; mucoasa stomacului e tumefiată și gălbuie; conținutul stomacului e sanguinolent și negricios, de consistența zațului de cafea; mucoasa intestinului subțire e palidă sau cenușie, iar conținutul acestuia e și mai sanguinolent ca acela al stomacului; degenerescența grăsoasă a ficatului (hipertrofiat), a rinichilor, miocardului, a pereților vaselor și a glandelor tubului digestiv; în vesică, a cărei mucoasă e echimozată, se găsește urină sanguinolentă.

II. In *intoxicația cronică*, leziunile caracteristice sunt: necroza maxilarelor, icterul, inflamația tubului digestiv, steatoza inimii, a ficatului și a mușchilor.

c) **Identificarea fosforului**: se examinează vărsăturile, fecalele, conținutul stomacal și intestinal (îndeosebi partea terminală a intestinului gros). E ușoară atunci când se mai găsește fosfor nativ în viscere, deci înainte de oxidarea substanței. In intoxicația acută fosforul se poate uneori regăsi și în cadavrele putrefiate (fosforul nativ după 8 săptămâni, iar acizii fosforici după 12 săptămâni). Dar putrefacția dă naștere la hidrogen sulfurat și produse amoniacale cari pot împiedeca fosforescența.

In păstrarea organelor ce urmează să fie examinate medicul se va feri de utilizarea lichidelor conservative, în special alcoolul, cari pot face nulă expertiza.

C. Otrăvurile metalice

1. Arsenicul

Arsenicul metalic, zis și arsenicul negru, netoxic în stare nativă, de îndată ce vine în contact cu apa sau numai cu vapori de apă se oxidează și dă naștere la compuși minerali și organici, dintre cari cel mai virulent e acidul arsenios numit și arsenicul alb. (*Compușii minerali:* acidul arsenios, arsenitele, acidul arsenic, arseniații, clorura de arsenic, iodura de arsenic, hidrogenul arseniat. *Compușii organici:* cacodilul, acidul cacodilic, cacodilatul de sodiu, arenalul, arsinele, atoxilul, arsacetina, hectina, arsenobenzolii, salvarsan, arsenoxidul, novarsenobenzolul).

Cele mai frecvente intoxicațiuni sunt cele cu acidul arsenios, verdele arseniat și arseniatul de sodă.

Acidul arsenios (**șoricioaica**) se prezintă când ca o pulbere fină albă incoloră, fără savoare în cantitate mică și cu un gust amar în cantitate mare; când ca bucățele de sticlă, gălbui și cari, în contact mai lung cu aerul, devin opace ca porțelanul.

Pulberea albă, care poate fi ușor confundată cu zahăr pisat, făină, sare măruntă, e greu solubilă: în 80 părți apă rece, în 9 părți apă fierbinte, în 5 părți glicerină și în 141 părți alcool. Mult mai solubil e acidul arsenios în stare amorfă (sticlos).

Aplicațiuni industriale: singur sau în prepararea altor compuși arsenicali; pasta pentru distrugerea șoarecilor.

Aplicațiuni terapeutice: modificator puternic al nutriției, nervin (licoarea lui Fowler, licoarea lui Boudin, licoarea lui Pearson, granulele lui Dioscorid); acidul arsenios e indicat în: anemiile secundare, paludism, sifilis, diabet, tuberculoza pulmonară incipientă, reumatismul cronic, nevralgii. E preconizat și în loțiunile pentru combaterea dermatozelor și pentru distrugerea tumorilor canceroase. — *Posologia farmaceutică:* pentru *adult* 0.001—0.003 de 3—4 ori pe zi; pentru *copil* 0.0005 de an, numai dela 5 ani în sus. *Doza maximă* 0.005. *Doza letală* 0.10—0.20.

Acidul arsenic: massă albă, amorfă, inodoră, insolubilă în apă. Aceleași indicațiuni terapeutice ca și pentru acidul arsenios. *Posologia:* 0.003 de 2—3 ori pe zi. *Doza maximă* 0.005.

Trisulfura de arsenic, insolubilă în apă și solubilă în acizi și alcoli, e întrebuințată în tăbăcărie la epilarea pieilor.

Verdele lui Scheele și verdele Schweinfurt (arseniate de cupru) întrebuințate în industria culorilor (jucării, haine, tapete, alimente).

Toxicitatea dozală nu e însă fixă, pentrucă ea depinde de condițiunile de ingerare și de cele de eliminare. Otrava e mai activă pe stomacul gol; cu cât mai repede se produc vărsăturile, cu atât se atenuează efectele. Depinde și de condițiuni individuale: pe când unii rezistă unei doze masive (un tânăr care, după o linguriță și jumătate de morfină, a luat o linguriță de acid arsenios și totuș a supraviețuit — *Ioachimoglu*, 1924), alții, dimpotrivă, sucombă unei doze inferioare celei indicate de Codex ca fiind letală (idiosincrasia arsenicală). — In ce privește toleranța arsenicală trebue să pomenim de *arsenofagi*, îndeosebi țăranii din Stiria și Tirol cari, în credința că în chipul acesta își mențin vigoarea și longevitatea și totodată își exaltă virilitatea, se deprind cu ingerarea arsenicului, până ajung la o cantitate cu mult superioară celei mortale (1.38 gr.!). Credință greșită, pentrucă, după cum sună concluziile experimentărilor lui *Naelsund (1927)*, la un moment dat mucoasa intestinală devine rebelă, iar rolul ficatului, în reducerea toxicității arsenicului introdus per os, nu e de o deosebită însemnătate, astfel că mai curând sau mai târziu, se produc efectele intoxicării.

In organism, arsenicul are o acțiune triplă: *una caustică locală* (tubul digestiv, în introducerea *per os* sau rectală: vaginul; căile respiratorii, pielea și mucoasele): *acțiunea de difuziune;* în sfârșit, *acțiunea de eliminare*, în cursul căreia cauzează leziuni în aparatele emonctorii.

A. Etiologia

Pe deoparte din cauza ușurinței de procurare, iar pe de alta din cauza confuziei ce se face cu acidul arsenios cristalizat (aspectul zahărului pisat, al făinii, al sării mărunte) sunt deopotrivă de frecvente crima, sinuciderea și accidentul.

In *crimă* se poate înregistra nu numai otrăvirea acută, ci și otrăvirea lentă, care poate simula diverse boli.

Sinucigașul nu recurge numai la acidul arsenios, ci și la preparatele din comerț (trisulfura de arsenic, verdele lui Scheele, verdele Schweinfurt). *Haberda* citează un caz de sinucidere pe cale de introducere vaginală.

Accidentul îmbracă forme foarte variate.

I. **Intoxicația alimentară.** — 1. *Apa de băut:* a. reziduurile arsenifere ale uzinelor se infiltrează în puțuri (în 1924 și 1925 au fost internate la spitalul din

Bel Villa, Argentina, 83 persoane atinse de o intoxicație arsenicală cronică depe urma consumării apei din regiune — *Zinny-Vivaldo*, 1926); b. introducerea criminală sau din eroare a arsenicului în apă (50 lucrători cari, la cantină, consumaseră cafea neagră, au prezintat grave simptome de intoxicație arsenicală; otrava fusese pusă în apă, în momentul așezării acesteia pe foc, fie de o mână criminală, fie din greșeală — zahăr tos amestecat cu acid arsenios — *Liebermeister, 1929*).

2. *Berea:* 4,000 cazuri de intoxicații cu 80 decese depe urma consumării berei debitate de o fabrică din Manchester (1901), prin înlocuirea malțului cu acidul sulfuric impur, astfel că berea conținea arsenic în proporție de 20 miligrame la litru.

3. *Vinul:* cazul dela Hyères, Franța, cu o intoxicație în massă depe urma punerii în consumație a unui vin provenit dela zăcători în cari, în loc de ipsos, s'a pus din greșeală acid arsenios. Vinul poate conține arsenic și depe urma stropirii strugurilor cu săruri arsenicale (arseniat de plumb).

4. *Cidrul:* intoxicație în massă (28 cazuri dintre cari 10 mortale) cu această băutură provenind dintr'un butoiu în care mai înainte se aflase un lichid insecticid.

5. *Laptele* otrăvit prin reziduurile depe fundul ori pereții vasului (540 copii ai unui internat-*Taylor*).

6. *Pâinea:* la Saint Denis (Paris) un lucrător brutar, din răsbunare că fusese congediat, a aruncat o mare cantitate de acid arsenios în făina albă de frământat (270 persoane intoxicate. — *Leroy de Barres*). Otrăvirea pâinii mai poate avea ca origine: făina provenind dela grâul tratat cu acid arsenios; pâinea coaptă într'un cuptor încălzit cu lemn vopsit cu culori arsenicale.

7. *Prăjituri, bomboane* — colorate cu materii colorante arsenicale (15 persoane intoxicate cu pudding — *Morley*).

8. *Zahărul pisat în care se află amestecat acidul arsenios* (o otrăvire în massă la Viena, în Decembrie 1898); *confuzia acidului arsenios cu zahărul pisat* (cazul dela Zug, Elveția, în 1913).

9. *Sarea* din greșeală înlocuită cu acidul arsenios: 90 persoane intoxicate, în 1905, la Bruex, Bohemia, cu cârnați a căror carne tocată fusese din eroare presărată cu arsenic.

II. Intoxicația medicamentoasă are ca origine fie administrarea internă în doză superioară celei prescrise de Codex, ori prin tratament peste măsură prelungit, fie aplicațiunea externă (loțiunile de acid arsenios de care se resvesc mai ales șarlatanii). — Otrăvirea se produce și pe cale de injecție intravenoasă, în tratarea sifilisului cu compușii organici ai arsenicului.

III. Intoxicația profesională prin inhalarea pulberei în atelierele și uzinele în cari produsele arsenicale sunt întrebuințate la fabricarea florilor artificiale, a tapetelor, la vopsirea unor anumite stofe, la prepararea animalelor împăiate; intoxicarea cu hidrogenul arseniat în aerostatică.

IV. Transmisiunea arsenicului la fătul din uter. — *Ziemke*, 1928 (vezi „Pruncuciderea" vol. II, pag. 511).

V. Intoxicația cronică ușoară prin tutun (*Remington*, 1927), prin tapete (o dermatită exfoliativă notată de *Halloran* — 1929).

B. Simptomele

Intoxicația cu o doză masivă. — Momentul instalării fenomenelor de otrăvire e variabil: 15—30 minute sau 1—10 ore.

I. **În intoxicația supra-acută** se deosebesc două forme:

1. *Forma gastro-intestinală,* asemănătoare unui atac holeric;

sensație de căldură, sete mare, greață; vărsături bilioase, sanguinolente, abundente și incoercibile; dureri epigastrice, cefalalgie, răcirea membrelor, puls abea perceptibil, incontinență fecală, cârcei la mâni și picioare, fața din palidă devine cianozată, tendință la sincopă. Moartea în 5-12—15-20 ore.

2. *Forma nervoasă sau cerebro-spinală:* lipsesc total sau parțial fenomenele de gastro-enterită: victima e calmă, cu pulsul liniștit, numai se notează amețeală, dilatarea pupilei, obnubilare intelectuală, delir, convulsiuni clonice. leșinuri repetate, paralizia. Moartea în 6—12 ore; excepțional e aproape fulgerătoare (în 20 minute — *Taylor).*

II. In **intoxicația subacută** (tabloul clinic asemănător aceluia al febrei tifoide, al tuberculozei acute, al endocarditei infecțioase sau al icterului grav) se deosebesc 4 perioade astfel cum au fost descrise de *Tardieu:* a. *Fenomenele gastro-intestinale:* vărsăturile, foarte abundente și incoercibile la început, încetează după 1—2 zile. — b. *Faza de remisiune:* lipsesc manifestările gastro-intestinale, dar persistă savoarea acră în gât, setea, temperatura scăzută, pulsul și bătăile inimii neregulate, dispnee, anurie. — c. *Faza reactivă:* timpanism, abdomenul tare, febră, pulsul și mai neregulat, insomnie, agitație și mișcări spasmodice alternând cu slăbiciuni trecătoare; fața, cafenie, e umflată; limba roșie, uscată; o sete arzătoare; gâtul dureros; respirația penibilă; erupții cutanate (peteckii, vesicule, papule, plăci de urticaria, pustule, excepțional un icter generalizat). — d. *Faza terminală:* slăbirea pulsului, obnubilarea simțurilor, subdelir, înghețarea extremităților, crampe neîntrerupte, accidente cardiace, albuminurie, paralizie. Moartea se produce în 6—10 zile.

In caz de supraviețuire, convalescența e foarte lungă și se notează: dispepsie, erupțiuni cutanate, slăbiciune, anemie, fenomene paralitice, turburări cardiace cari pot cauza moartea subită.

In *injecțiunile intravenoase* moartea aproape fulgerătoare: cianoza feței, dispnee, slăbirea pulsului. Moartea se poate produce abea după câteva minute sau câteva ore și atunci, la cardiorenali, ea e cauzată de un edem pulmonar acut.

III. In **Intoxicația cronică** se notează:

Pielea: colorația cenușie a feței, pigmentație, eritem, purpura, urticaria, edem, vesicule, bule, papule, pustule, melanosa, keratosa palmei și a tălpii piciorului, ulcerațiuni diverse cu sediul de predilecție la mâni, picioare și scrotum, căderea părului, a perilor și a unghiilor.

Ochii: conjunctivita, ambliopia, amaurosa.

Tubul digestiv: gingivită, amigdalită, faringită, vărsături, diaree.

Aparatul respirator: catar rino-laringo-trancheo-bronchic, răgușeală, guturaiu, tuse quintoasă rebelă.

Inima: leziuni ale miocardului.

Aparatul urinar: albuminuria.

Ficatul: excepțional cirosa portală cu ascită (două observații ale lui *Snell—O'Leary*, 1928).

Turburări psicho-nervoase: stare confuzională, anafrodizie, amorțirea membrelor, furnicături, hiperestezii, parestezii, anestezii, sensația frângerii oaselor dela membre; atrofia musculară, modificarea reacțiunii electrice, abolirea reflexelor tendinoase; paralizia, de regulă localizată la membre, începând cu picioarele și trecând apoi la brațe, interesează rareori și gâtul, ceafa și trunchiul.

Bineînțeles că tabloul acesta clinic nu se observă complect în toate cazurile de arsenicism cronic, unele din fenomene putând lipsi. In ordinea frecvenței se notează: turburările nervoase, turburările musculare, afecțiunile cutanate și guturaiul, turburările gastro-intestinale, anasarca și turburările psichice.

Moartea e de regulă sincopală; se văd și morți prin bronco-pneumonie (un caz de eritro-dermie vesiculo-edematioasă arsenicală — *G. Millian*, 1929).

Vindecarea, până la dispariția fenomenelor paretice, e laborioasă. (Statistica lui *Brouardel* pentru 34 observații de arsenicism cronic: în primele 3 luni 10 cazuri, în al doilea trimestru 7 cazuri, în intervalul dela 6 luni la un an 11 cazuri, în al doilea an 3, câte un caz pentru vindecarea după 26 luni, 4 ani și 5 ani). Foarte des se văd urme iremediabile cum sunt retracțiunile tendinoase cu piciorul equinus. Se văd și recidive.

Antidotul și tratamentul. — 1. *Tratamentul imediat:* hidrat de fer gelatinos 200—300 gr. în hidrat de magneziu; vomitive (apomorfina, ipeca; *contra indicat* emeticul); purgative (oleiu de ricin); diuretice.

2. *Tratamentul ulterior:* comprese calde, fricțiuni excitante, cocaină (in caz de greață), stimulente, mucilaginoase (decocții de sământă de in, althea, cafea); *contra-indicate:* băuturile alcaline.

C. Autopsia

Dat fiind proprietatea antiseptică a arsenicului, care stă in calea acțiunii agenților putrefacției, viscerele pot rămâne mai mult sau mai puțin conservate in intoxicația masivă, iar leziunile macroscopice mai pot fi caracterizate mult timp după moarte. Numai leziunile histologige încep să se șteargă la 48 ore dela moarte. Cazurile de mumificare *perfectă*, citate de unii autori în intoxicația arsenicală, sunt exagerări.

I. **In forma supra-acută.** — Aspectul e acela al holericului: ochii escavați; cianosa feței, a mânilor și picioarelor. Leziuni ale stomacului şi intestinului; eroziunile se văd in locurile unde arsenicul se găseşte în substanţă.

II. **In forma subacută.** — Aspectul exterior: cianoza feţei, a mânilor şi picioarelor; hemoragii cutanate, uneori un icter slab.

Examenul intern: *Creerul şi meningele hiperemite.* — *Gingiile, vălul palatului, limba, faringele, esofagul* tumefiate, roşii sau presărate cu pete cenuşii. — *Stomacul:* mucoasa tumefiată, rărită, injectată sau gălbuie, erodată în locurile unde se găsesc urme de arsenic în substanţă (uneori şi în zona pilorică şi în aceea a cardiei); degenerarea grăsoasă a tuberozităţilor fundului organului; prezenţa unui mucus vâscos sau sticlos, bilios sau sanguinolent. — *Intestinul subţire:* mucoasa rărită, edemaţiată, presărată cu echimoze; umflarea ganglionilor mesenterici; conţinutul apos, lăptos cu fire riziforme. Excepţional modificări difterice ale *intestinului gros.* — *Plămânii:* echimoze subpleurale, nuclee de apoplexie pulmonară. — *Inima:* echimoze pericardice şi endocardice, degenerescenţa grăsoasă a miocardului. — *Ficatul:* hipertrofia şi degenerescenţa grăsoasă (ficatul unui intoxicat în 26 ore era aproape în întregime grăsos şi avea o greutate de 2.330 gr. — *Lewin).* — *Rinichii:* congestionaţi, degenerescenţă grăsoasă. — *Splina* e uneori hipertrofiată. — *Sângele* din inimă prezintă cheaguri, iar cel din vase e îngroşat, cu consistenţa ţiţeiului, întocmai ca sângele holericilor.

III. **Intoxicaţia cronică.** — Afară de leziunile viscerale, se notează starea de extraordinară conservare a întregului cadavru, care uneori merge până la quasi-mumificarea.

D. Identificarea otrăvii

Resorbit în întreg organismul, arsenicul se elimineazä în bună parte, iar cantitatea reţinută are pentru anumite organe şi ţesuturi o predilecţie de fixare. Aşa: *în intoxicaţiile supra-acute,* în tubul digestiv, ficat şi rinichi; *în intoxicaţia sub-acută* în creer, măduvă şi ficat: *în intoxicaţia lentă* sediul favorit al arsenicului sunt oasele craniului, vertebrele (ţesutul spongios), părul şi unghiile.

Indeosebi identificarea arsenicului in păr e un element de o valoare indiscutabilă, atunci când e vorba să diagnosticăm o intoxicaţie mai mult sau mai puţin lentă, adică administrarea substanţei toxice în mai multe doze. In această privinţă găsim o contribuţie preţioasă în studiul de dată recentă *(Dr. S. Blumenfeldt* — 1930: „Die Verteilung des Arsens im Koerper unter besonderer Beruecksichtigung merfacher Giftdosen") care oglindeşte rezultatul experienţelor făcute cu iepuri la Institutul Medico-Legal din Basel. — Concluziunile la cari ajunge autorul sunt:

1. Numai după cantităţile de arsenic găsite in tractul gastro-intestinal şi în ficat nu se poate conchide cu certitudine dacă doza a fost unică sau multiplă.

2. Un element esenţial de informaţiune in ce priveşte realitatea otrăvirii il constitue *prezenţa arsenicului în păr.* Aceasta, pentrucă *toxicul se fixează în*

păr în faza în care substanța nu se mai identifică deloc sau abea sub formă de urme în conținutul stomacal.

3. Din prezența arsenicului în acest conținut și din absența lui din păr trebuie să conchidem că ne aflăm în prezența unei otrăviri acute cu o doză masivă.

4. Dimpotrivă, *prezența arsenicului în mai mare cantitate în păr decât în conținutul stomacal* îndreptățește concluzia unei intoxicări cu o doză unică sau multiplă, *administrată cu mult înainte de moarte.*

5. *Prezența simultană a arsenicului în păr și în cantitate relativ mare în conținutul stomacal* e o indicație de administrare repetată a toxicului. Cantitatea minimă găsită, la dozare atât în păr cât și în conținutul stomacal, e singura de natură de a da răspunsul la întrebarea, dacă otrăvirea e efectul administrării unei doze unice sau a unei doze multiple.

Eliminarea parțială — care e mai rapidă în intoxicația masivă decât în cea cronică — se face, într'un interval variabil în medie până la 30—40 zile (o observație a lui *Cerbaceff* cu eliminarea până la 160 zile) prin urină, tubul digestiv (vărsături, evacuări alvine), rinichi, piele, mucoase, bilă, glandele mamare. Cea mai tardivă pare a fi eliminarea prin urină, ca una care se face cu intermitență (arsenicul dintr'o injecție subcutanată s'a mai eliminat prin urină, după trecere de 3 ani și jumătate).

In substanță, arsenicul nu se mai regăsește în tubul digestiv decât în intoxicația *pe calea bucală.* In *injecțiile intra-venoase,* după trecere de numai 48 ore, nu se mai regăsesc decât câteva miligrame repartizate la plămân, intestin, rinichi și ficat; numai excepțional se mai pot identifica urme în creer, dar nu mai târziu de 12—24 ore. Dimpotrivă, în intoxicațiunea cronică, urme apreciabile de arsenic se pot regăsi în creer. — In *injecțiunile intra-musculare,* arsenicul e complect eliminat după o lună.

Prezența arsenicului în cantitate de câteva centigrame nu e admisibilă, în aplicațiunea terapeutică, decât numai dacă injecția intravenoasă a fost practicată cel mult 2—3 zile înainte de moarte.

In genere, arsenicul se caută în vărsături, scaune, în alimentele suspecte; în stomac, intestin, splină, ficat, rinichi, creer, măduvă, urină, piele, oase, păr.

Identificarea chimică a otrăvii are o valoare medico-legală covârșitoare, pentrucă, indiferent de procesul de eliminare în viață, arsenicul mai poate fi regăsit după trecere de câțiva ani dela moarte. Insemnătate cu atât mai mare, că sunt boli al căror tablou clinic seamănă cu acela al intoxicației arsenicale (forma gastro-intestinală a uremiei, strangularea herniară internă, peritonitele supraacute consecutive perforării).

Identificarea se face pe cale de dozare după prealabila distrugere a materiilor organice. Se mai face prin metoda biologică a lui Gosio: un bifomicet (penicillium bievicaule) are proprietatea de a transforma toţi compuşii arsenicali in compuşi volatili cari conţin arsenicul.

E. Diagnosticul

Inainte, însă, de a ne rosti, trebuie să cumpănim următoarele elemente cari pot influenţa concluziunile noastre în ce priveşte realitatea otrăvirii:

1. **Originea arsenicului găsit în organism.** — a) *Ca parte constituţională a organismului* arsenicul se găseşte în cantitate infinitesimală în piele, păr, peri, glandele mamare, thymus, corpul tyroid, creer.

b) *Provenienţa alimentară.* Arsenicul se introduce în organism şi prin substanţele alimentare ce-l conţin în chip normal sau accidental: pâinea, carnea, peştele, ouăle, legumele, cartofii, laptele, vinul, apa de băut, sarea de mare.

Cantitatea de arsenic prezentă în corp şi având această dublă origine nu trece de regulă de 0,5 mgr. — Astfel că, dat fiind doza toxică şi doza letală, **o atare cantitate nici nu poate conta ca element de apreciere într'o eventuală bănuială de otrăvire.**

c) *Tratamentul terapeutic.* — Dacă dela ultima administrare medicamentoasă a arsenicului (cale bucală, injecţii) au trecut mai mult de 40 zile — timp în care se face eliminarea normală — şi ţinându-se *seama* de acest proces, se mai găseşte o cantitate întrecând pe aceea care ar putea proveni direct din corp ori dela alimentaţie, atunci expertul trebuie să aprecieze importanţa urmelor identificate. *S'o facă însă cu foarte mare prudenţă, pentrucă sunt compuşi arsenicali medicamentoşi cari conţin toxicul în proporţie mare.* Amintim celebra afacere Danval (Franţa): soţul a fost condamnat pentru otrăvire numai pe constatarea prezenţei unui singur miligram de arsenic în corpul moartei, deşi se făcuse dovada că aceasta, suferind de o enterită, fusese tratată cu subnitratul de bismut care poate conţine arsenicul in doză de până 0.004.

d) *Provenienţa post-mortală.* — Arsenicul identificat in cadavru, după desgropare, poate avea ca origine: infiltraţiunea din terenul arsenifer al cimitirului; stropirea mormântului cu o substanţă conţinând arsenic; vopseaua sicriului, florile artificiale, obiectele puse în cosciug, hainele şi linţoliul mortului. — S'au văzut cazuri în cari, dintr'un interes inavuabil, arsenicul a fost introdus post-mortal în tubul digestiv. *In atare caz toxicul pătrunde negreşit în rinichiul stâng.* Această localizare particulară a fost utilizată ca argument *pro* sau *contra* intoxicaţiei vitale. Cercetările mai recente (*Lewin*, 1929) au ajuns la concluzia că o atare interpretare nu e întemeiată pe un fenomen constant verificat.

2. **Cantitatea identificată** nu e nici ea totdeauna concludentă în sens afirmativ sau negativ. In adevăr:

a) *Cantitatea e suficientă pentru teza otrăvirii și se găsesc și leziunile caracteristice ale arsenicului.* Nu trebuie să se uite că, în afară de arsenofagii prin tradiție, există și persoane cari, obicinuindu-se cu arsenicul, pot ajunge să ingereze într'o singură dată până la 0,4 gr. Mai trebuie să se țină seama de intoxicația cronică (alimentară sau industrială). In urină arsenicul poate fi regăsit după trecere de ani de zile și numai după o singură ingerare (alimentară, medicamentoasă sau încercare de sinucidere). Chiar prezența în viscere a unei cantități de 3—7 mgr. nu exclude o proveniență terapeutică, vechie de 2—25 zile. Când găsim 3—5 mgr. în creer, putem admite ipoteza unei intoxicațiuni lente; iar atunci când din viscere se extrag cantități de centigrame, otrăvirea nu mai e supusă îndoelii.

b) *Cantitatea e prea mică sau nici măcar urme nu se mai găsesc.* — 1. Identificarea de simple urme nu exclude otrăvirea, pentrucă arsenicul a putut fi eliminat în bună parte pe calea vărsăturilor, a fecalelor și a urinei, iar restul, vehiculat de lichidele putrefacției, se infiltrează în terenul mormântului.

2. Arsenicul poate dispare cu totul: ceeace a mai rămas în cadavru se transformă, în contact cu mucegaiurile, în hidrogen arseniat (gaz), — dar transformarea aceasta e lentă și urmele arsenicului mai pot fi regăsite după ani: foarte rar, apa de infiltrațiune din mormânt (în terenurile argiloase) poate, pe cale de dialisă, să absoarbă urmele de arsenic din cadavru.

2. Mercurul (argintul viu)

Indiferent de forma sub care e administrat — *inclusiv starea nativă,* în anumite condițiuni de absorbțiune, după cum vom arăta — mercurul e un toxic violent. Dovada otrăvirii — în marea majoritate a cazurilor cu o sare mercurială solubilă, excepțional cu mercurul pur — o face exclusiv prezența acestuia din urmă în organism și în dejecțiuni.

Vom indica, dar, compușii mai frecvent întrebuințați ai mercurului, pentru ca astfel, ajutat de anamneză, expertul să fie mai mult sau mai puțin în măsură să determine nu numai faptul intoxicării, ci și natura otrăvii mercuriale.

I. **Mercurul în stare nativă.** — Metal lichid, alb-argintiu, strălucitor. Inofensiv când e ingerat în doze cât de masive (pe vremuri era prescris în cantități enorme pentru ocluziile intestinale), devine toxic atunci când e administrat *fin divizat* (unguent, antisifilitic, parasiticid, antiseptic: amestecat în pilule; uleiul mercurial în injecțiunile subcutanate antisifilitice) sau pătrunde în organism sub formă de *vapori.* Și azi mai are aplicațiunea terapeutică în cazurile de ocluzie intestinală în doza de 150—350 gr.

II. **Sublimatul corosiv (clorura mercurică, săricica).** Pulbere cristalină albă solubilă la căldură. E cea mai puternică sare mercurială, indiferent de calea de absorbțiune. Antiseptic, desinfectant, caustic, abortiv, anticoncepțional. Indicațiuni terapeutice în sifilis (licoarea lui Van Swieten: 1 gr. sublimat la 100 gr., alcool și 900 gr. apă) și boli de piele — *Posologia* 0,001—0,005—0,01 de 3—4 ori pe zi pentru *adult;* 0,002 de an și pe zi pentru *copil.* — Doza *maximă* pentru adult: 0.01—0.02 (0,05—0 06 pe zi). *Doza letală:* 0,15—0 25—0 60 după condițiunile individuale.

III. **Calomelul (clorura mercuroasă)** Pulbere albă insolubilă. *Indicațiuni terapeutice:* purgativ, vermifug, antiseptic intestinal, cholagog, diuretic, antisifilitic (injecții subcutanate). — *Posologia adultului:* 0.01—0.05 (cholagog); 0,01—0,10 de 2—3 ori pe zi (antisifilitic): 0.10—0 20 de 3 ori pe zi (diuretic). 0 20—0.50 o dată (purgativ). *Posologia copilului:* 0.01 de an (purgativ). — *Doza maximă a adultului* 1 gr. (1—2 gr. pe zi). — *Doza letală:* 5 gr. (adultul); 0.50 gr. (copilul).

IV. **Cianura de mercur.** Cristali incolori solubili. Antiseptic, antisifilitic (injecțiuni subcutanate în sifilisul ocular). — *Posologia:* 0,003—0 1 de 1—3 ori pe zi (injecții). *Doza maximă* 0 01 (0.03 pe zi).

V. **Iodura mercurică** (indicațiunea terapeutică a sublimatului corosiv). Pulbere cristalină roșie, insolubilă. *Posologia:* 0,005—0.01 de 2—3 ori pe zi. *Doza maximă* 0,02 (0.06 pe zi) pentru *adult;* 0,001 de an pentru *copil.*

VI. **Bromura mercurică.** Antisifilitic. antiseptic. Cristali argintii, greu solubili 1/00. *Posologia:* 0.002—0,015 de 3 ori pe zi. *Doza maximă* 0.02 (0.06 pe z).

VII. **Iodura mercuroasă.** Antisifilitic: scrofule. Pulbere amorfă, verde-gălbuie insolubilă. *Posologia* 0.01—0.03 de 2—3 ori pe zi. Doza *maximă* 0.05 (0.15—0.20 pe zi) pentru *adult;* 0 01 de 2 ori pe zi pentru *copil.*

VIII. **Acetatul mercuric.** Acțiunea e aproape analoagă celei a calomelului. Antisifilitic, antiseptic. Pulbere cristalină albă, solubilă — *Posologia:* 0 005—0.01 de 2—3 ori pe zi. *Doza maximă* 0 05 (0 20 pe zi).

IX **Acetatul mercuros.** Aceeaș indicațiune terapeutică. Plăci mici albe, strălucitoare, greu solubile. *Posologia:* 0.005—0.02 de 2—3 ori pe zi. *Doza maximă* 0.10 (0.30 pe zi).

X. **Alte săruri mercuriale.** — a) *Aspartatul de mercur* (antisifilitic): cristali incolori: injecții subcutanate cu 0 005—0 01.

b) *Benzoatul de mercur* (antisifilitic. antiseptic): pulbere cristalină albă greu solubilă. — *Posologia:* 0.01—0 02 de 2—3 ori pe zi (intern); 0,01—0 05 (intramuscular). *Doza maximă* 0 10 (intern) și 0,05 (injecție) pentru *adult;* 0.001 de an pentru *copil.*

c) *Cloramidura de mercur* (sifilis, boli de piele, psoriasis; în oculistică). Pulbere albă insolubilă. Extern în pomezi. *Doza letală* 8 gr.

d) *Cacodilatul de mercur* (sifilis, anemie). Pulbere cristalină albă, solubilă. *Posologia* (adultul): 0 01—0,02 pe zi.

e) *Azotatul mercuric* (sifilis, scrofule). Pulbere albă deliquescentă. solubilă. *Posologia:* 0,004—0,015 de 3 ori pe zi; doza letală 1.50.

f) *Oxicianura de mercur* (antiseptic extern sifilis, gonoree). Pulbere cristalină albă, solubilă. *Posologia:* injecții intramusculare (sifilis) 0,02; spălături (gonoree) 0.10—0.30 la 400 gr. apă.

g) *Oxidul galben de mercur* (antisifilitic — intern, unguent — oculistică). Pulbere galbenă amorfă. insolubilă. *Posologia:* 0,01—0.05 pe zi ca suspensie în oleiu de vaselină (în injecțiile intramusculare); doza maximă 0,02 (0 50—0.60 doza toxică); doza letală 1—1,50 pentru *adult.* Posologia pentru *copil:* 0.001—0.002.

h) *Oxidul roșu de mercur* (șancru, ulcer. pediculoză). Pulbere cristalină portocalie, insolubilă. Doza maximă 0,02 (0.6—0.10 pe zi).

i) *Oxidul negru de mercur* (antisifilitic). Pulbere neagră insolubilă: 0.015—0.20 de 1—3 ori pe zi.

j) *Fosfatul de mercur* (antisifilitic). Pulbere albă, uneori galbenă, insolubilă: 0.01—0.05 de 3 ori pe zi: doza maximă 0.08 (0.25 pe zi).

k) *Salicilatul bazic de mercur* (antisifilitic, antiseptic). Pulbere albă amorfă, insolubilă; conține 59% mercur. *Posologia:* 0.02—0.03 in pilule sau injecțiuni intra-musculare (suspendat in uleiu de vaselină) o dată la 8 zile; uneori in soluția CL Na 0,01—0.02 pe zi; doza maximă 0.03 pe zi

l) *Ethiops mineral* (vermifug, antiscrofulos). Pulbere neagră insolubilă: 0.20 o dată pe zi.

m) *Cinabrul* (antisifilitic, sialogog). Pulbere roșie insolubilă: 0.20 — 1 gr., pe zi.

n) *Turbith mineral* (emetic violent evitat, purgativ, antiseptic). Pulbere galbenă insolubilă: 0 015—0 05 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0 05 (0 20 pe zi).

o) *Hydragyrum tanicum oxidatum* (antisifilitic). — Pulbere verde-brună insolubilă (56% mercur): 0.05 de 3—4 ori pe zi: doza maximă 0 10 (0,30 pe zi).

p) *Bromura mercuroasă* (antisifilitic, antiseptic) cu acțiune analoagă aceleia a calomelului. Pulbere albă, insolubilă: 0 50 pe zi (gradat).

A. Etiologia. — 1. *Crima* e posibilă cu orice sare mercurială, indeosebi cu sublimatul corosiv (rar însă, din cauza gustului neplăcut). — *Sinuciderea* e foarte frecventă, indeosebi cu sublimatul. — In ce privește accidentul el se poate prezinta sub diverse forme:

a) *Intoxicația medicamentoasă.* — In *administrarea internă:* eroarea în dozare sau susceptibilitatea exagerată a pacientului pentru doza fixată de Codex; ingerarea din greșeală ori din ignoranță a unei sări mercuriale in locul unui alt preparat procurat dela farmacie sau droguerie. — *Injecțiunile subcutanate* (cazuri de moarte consecutivă unor injecții subcutanate cu o sare de mercur — *Minovici*, 1926); injecțiile intra-musculare sau intravenoase (indeosebi cu uleiul mercurial sau cu calomelul). — In *aplicațiunile externe:* fricțiunile cu pomezi și lotțiuni mercuriale, spălăturile vaginale uterine (cazuri mortale semnalate de *Mangili* — 1930, *Jungmichel* — 1930); introducerea in vagin sub formă de preparate farmaceutice anticoncepționale (un caz de moarte consecutivă utilizării unui atare preparat, în compoziția căruia intra oxicianura de mercur in doză exagerată — *Minovici*, 1929): plombele dentare (cazuri de intoxicație recente, semnalate de *Citron* — 1926, *Hertz* — 1929).

b) *Accidentul profesional* (intoxicația cronică hidrargirismul): lucrătorii din minele de mercur, lucrătorii din fabricile de termometre, barometre; în atelierele de amalgamare a plăcilor de zinc din bateriile electrice; lucrătorii din fabricile de oglinzi unde se mai intrebuințează mercurul.

c) *Accidentul banal:* 1. Chimistul francez Thénard, la cursul său, a luat din greșeală un pahar cu sublimat corosiv in locul paharului cu apă. — 2. O infirmieră se rănește la un deget cu termometrul care i se sparge în mână; mercurul pulverizat pătrunde în țesut și după 7 luni degetul trebuie amputat (*Druegg*, 1929).

B. **Simptomele** sunt datorite nu numai acțiunii toxice, ci uneori și celei caustice a sărurilor mercuriale.

I. **In intoxicația supra-acută.** Fenomnele otrăvirii încep să apară chiar imediat după ingerare: arsuri foarte dureroase, insuportabile în gură, faringe, esofag și stomac; gust metalic în gură, cu răsuflarea fetidă și salivația excesiv de abundentă; fața, întâiu roșie, se decolorează; întreg corpul e scăldat în sudoare: tumefiarea mucoasei bucale: vărsături bilioase, mucoase (uneori cu zdrențe de mucoasă necrozată); scaune neîntrerupte (dacă moartea nu se produce repede, se pot nota până la 20—40 în 24 ore), iar materia evacuată, în cantitate redusă, e vâscoasă, sanguinolentă; anurie: colaps. Moartea, după doza ingerată și condițiunile individuale, se produce de regulă în interval de 24—36 ore, excepțional are forma trăsnitoare a sincopei cardiace (2 ore, 1 oră sau chiar numai o jumătate de oră).

II. **In intoxicația sub-acută** simptomele se notează în ingerare, fricțiuni sau loțiuni, spălături vaginale și intra-uterine, injecțiuni.

Pentru ingerare, semnele sunt aceleași ca și în intoxicația supra-acută, dar de o intensitate mai mică și cu o evoluție mai lentă (8—15 zile). După 5—6 zile se înregistrează un scurt interval de remisiune, căruia îi urmează o perioadă de recrudescență, în cursul căreia se caracterizează:

Stomatita (absența numai la copii fără dentiția eruptă și la bătrânii cari au pierdut dinții): gingivita, ptialismul (torent salivar de câțiva litri pe zi), tumefiarea limbii și a mucoasei bucale; inflamarea amigdalelor și a faringelui; deglutiția dureroasă; respirația stingherită: uneori adenita submaxilară, parotidita, gangrena limbii și a obrajilor.

Gastro-enterita: scaune neîntrerupte și sanguinolente cu zdrențe din mucoasa intestinului gros, tenesm și prolaps rectal.

Nefrita: albuminurie, oliguria până la anurie.

Erupțiunile cutanate terminate prin desquamare: eritemul, vesicarea pe torace, abdomen, coapse, membre.

Inima: suflurile cardiace, pericardita. — *Pulsul mic, filiform.*

Cianoza, răcirea extremităților, sudoarea rece.

Delirul, convulsiunile (inconstant).

In *administrarea vaginală sau intra-uterină* debutul fenomenelor se produce de regulă după două zile: sunt și excepțiuni de precocitate. In forma comună: diareea cu colici (mai întâiu mucoasă și seroasă, apoi sanguinolentă), stomatita, erupțiunile cutanate. Moartea în 3—18 zile. In forma precoce, uneori chiar în cursul injecției: stare sincopală, accelerarea pulsului contracțiuni uterine și colici intestinale.

In *aplicațiunile direct externe* (fricțiuni, loțiuni): tumefacția pielei, eritem; după 4—5 zile apar fenomenele generale ale intoxicaţiei cu moartea după un nou interval de una până la câteva zile.

Debutul intoxicaţiunii acute simulează pe acela al disenteriei, lucru pentru care a şi fost caracterizat sub numele de „disenterie mercurială". In caz de confuzie, mai ales când moartea s'a produs repede, autopsia cu examenul bacteriologic şi analiza chimică oferă cele mai sigure elemente ale diagnosticului diferenţial.

III. **In intoxicaţia cronică**: paloarea feţei, debilitate, anemie, anorexie, eritem, tremurături, salivaţie abundentă, constricţie în gât, savoarea metalică, umflarea limbii, puls neregulat, cefalee, sudori reci; dispepsie, cachexie, crize intermitente de vărsături şi diaree, stomatită cronică (tumefiarea gingiilor, cu un lizereu cenuşiu la gâtul dinţilor şi căderea acestora), oligurie, uremie, tremurul vibratoriu al limbii, al muşchilor feţei, al braţelor şi apoi al membrelor; scăderea facultăţilor intelectuale, vorbirea îngreuiată, mersul nesigur; paralizii parţiale ale picioarelor; hiperestezia şi hemianestezia localizate la zone mici şi sudori reci; sincopă.

Antidotul şi tratamentul. — I. *Intoxicaţia acută:* vomitive, pompa stomacală, cărbune fer limat, soluţie albuminoasă soluţie de fer, hidrogen sulfurat, sulfura de potasiu (0.10%), sulful coloidal, trioxidul de magneziu, lapte, apă de var, soluţie diluată de hiposulfit de sodiu, purgative, enteroclismă, ghiaţă, opiu, ulein de ricin, apomorfină (0.01 hipodermic), stimulente, camforă, morfină.

II. In *intoxicaţia cronică:* băi calde, băi sulfuroase, băi de aer cald, sulf (0.15—0.20), iodură de potasiu bromură de potasiu: contra stomatitei: gargară cu clorat de potasiu.

C. Leziunile anatomice. — 1. Semnele *stomatitei* (cari lipsesc in intoxicaţia supra-acută): gingivita, lizereul cenuşiu, clătinarea şi căderea dinţilor, limba enorm umflată şi acoperită cu un strat pultaceu.

2. *Faringele şi esofagul* cu mucoasele tumefiate, sfâşiate.

3. *Stomacul* e retractat, rigid, faţa exterioară roşiatică; mucoasa tumefiată, echimozată, cu plăci ramolite, necrozate, mai închise; escare, ulceratiuni (cari, în contact cu aerul, apa, alcoolul, se colorează în cenuşiu); perforarea e excepţională.

4. *Intestinul subţire:* partea superioară inflamată; tumefacţie, roşeaţă, echimoze presărate pe suprafaţa intestinului, pe mesenter şi epiploon.

5. *Intestinul gros:* peretele rigid, infiltrat, mucoasa desprinsă de revărsări sanguine submucoase şi presărate cu plăci negricioase; ulceraţii, izolate sau confluente, cu dimensiuni de 1—2 cm. în diametru.

6. *Ganglionii mesenterici* tumefiaţi, injectaţi.

7. *Aparatul respirator:* mucoasa laringo-tracheo-bronchică injectată: echimose subpleurale, congestie, edem pulmonar şi nuclee bronco-pneumonice.

8. *Inima:* echimose sub-pericardice, sub-endocardice; excepțional pericardită uscată; echimoze la *baza vaselor mari;* uneori *calcifiarea miocardului* in otrăvirea cu sublimat.

9. *Rinichii:* albi sau hiperemiați, moi hipertrofiați (chiar mai mult de 400 gr. fiecare), echimoze subcapsulare pe secțiune; stratul cortical e hipertrofiat, moale, cenușiu deschis cu dungi rozate; infarcți calcaroși în uretere: concrețiuni calcare in celulele epiteliale; capsulele suprarenale se desprind lesne.

10. *Ficatul:* ușor hipertrofiat; degenerescența granuloasă a celulelor.

11. *Sângele* e negru (sau colorat în violaceu închis după materia colorantă a pastilei de sublimat corosiv), fluid și liber de cheaguri.

D. **Identificarea mercurului.** — Absorbțiunea toxicului se face întotdeauna sub forma transformată a biclorurei de mercur. In organism, mercurul are o predilecție de fixare pentru rinichi, ficat, tunicile intestinului gros, intestinul subțire, splină, corpul tiroid; excepțional se fixează în creer, mușchi, oase, in sânge numai în injecțiile cu uleiul mercurial. In cursul eliminării, urme de mercur rămân sigur in căile prin cari se face aceasta: ficat, rinichi, urină, intestin, glandele salivare. In cantitate apreciabilă se regăsește in salivă, vărsături, evacuări alvine, în rinichi, ficat, splină, în peretele intestinului gros. In cantitate mai mică, în tunicile intestinului subțire și in corpul tiroid: numai urme în creer, mușchi și oase.

Indeosebi persistent e mercurul in urină, unde se poate regăsi după câteva luni și chiar un an.

Identificarea se face pe cale de sublimare sau prin metoda ultramicroscopică.

E. **Diagnosticul.** — Inainte de a-și formula concluziile, expertul se va informa asupra împrejurărilor în cari s'a produs intoxicarea, pentrucă e posibil ca aceasta să aibă o origine terapeutică, o otrăvire accidentală sau una cronică.

3. Plumbul

Intoxicația, acută sau cronică (saturnismul), are ca origine acțiunea sărurilor de plumb. Toxicul pătrunde în organism pe calea digestivă, respiratorie, cutanată și mucoasă (vaginală și conjunctivală). — Atunci când pătrunde in stare nativă, fie în tubul digestiv, fie în țesuturi (proectil), plumbul e atacat de substanțele chimice din acestea și astfel se formează un compus toxic. Saturnismul e îndeosebi favorizat de alcoolul care, slăbind organismul, îi răpește puterea de a neutraliza efectele plumbului, prin eliminarea pe calea fierei, a urinei, a părului și a unghiilor.

Acetatul neutru de plumb (sarea lui Saturn sau zahăr Saturn) Cristali incolori, solubili. Astringent, stiptic, anhidrotic. *Indicațiunile terapeutice:* diareea cu colici; sudorile ftizice, hemoragia pulmonară, gastrică, uterină, hemoroidală; blenoreea; edemul pulmonar; anevrismul aortei; în pomadă contra căderii părului și pentru tratarea degerăturilor. *Posologia:* 0,005 de 3—4 ori pe zi. *Doza maximă* 0 10 (0.30—0.50 pe zi) pentru *adult;* 0 003 de an pentru *copil. Doza toxică* 1 gr.

Subacetatul de plumb lichid (extractul lui Saturn): medicament rezolutiv, astringent, cicatrizant, întrebuințat mai ales extern sub forma de *apă de plumb* (2 gr. la 100 apă).

Oxidul de plumb e întrebuințat ca pflastru pentru pansarea ulcerelor.

Carbonatul de plumb (cerusa, știubetul) e greșit întrebuințat ca pomadă rezolutivă. Până acum câțiva ani avea căutare în locul pudrei.

Iodura de plumb. Pulbere cristalină galbenă, insolubilă. *Indicat* în scrofule, ulcer indolent ftizie, sifilis. *Posologia:* 0.25 de 2—3 ori pe zi; *doza maximă* 0 50 (1 gr. pe zi).

Tetra-etilul de plumb e foarte întrebuințat în industria automobilului. Lichid uleios, incolor, miros dulceag, volatil la o anumită temperatură, insolubil în apă, solubil în alcool, eter, cloroform și aceton se oxidează în contact cu aerul (oxidat de plumb și ethan). Intoxicarea prin inhalare și absorbțiunea cutanată.

a) **Etiologia.** — Intoxicația acută e de regulă de natură medicamentoasă. Cele mai frecvente cazuri de expertiză sunt acele ale intoxicației cronice care are o obârșie industrială, profesională sau alimentară.

I. *Intoxicația industrială:* fabricile de cerusă, de ceramică; fabricile de minium, topirea plumbului și a zincului; turnătoriile de tuburi; fabricile de acumulatori; fabricile de culori și de lacuri; turnătoriile de litere de tipar.

II. *Intoxicația profesională:* zugravii, vopsitorii de caroserie, tinichigiii, instalatorii, lucrătorii tipografi, spoitorii, arderea vopselii vechi la flacăra de benzină.

III. *Intoxicația alimentară:* apa de băut din țevile de plumb noui; mâncăruri provenind din vase fabricate dintr'o compoziție de plumb, din vase smălțuite cu un compus al plumbului, din vase spoite, conservele din cutiile lipite cu plumb; vinul falsificat cu zahăr de plumb (un caz mortal în 1909 la Mittelbach, Austria); laptele fermentat care dizolvă plumbul recipientelor de cositor; pâinea care a stat în contact cu praf de plumb; carnea de vânat în care au mai rămas alice.

IV. *Intoxicația consecutivă rămânerii alicelor, a proectilului întreg sau a unui fragment al acestuia în urma unei răniri* (crimă, sinucidere, accident, duel, războiu).

Câteva observații de intoxicații cronice cari nu sunt nici de origine industrială nici de una profesională:

1. *Apa de băut* contaminată dela țeava prin care e trasă până la locuință. Cercetările recente ale lui Wright-Wade Sappington și Rantoul (1928) au demonstrat că, în ordinea gradului de susceptibilitate pentru plumb, sunt: apa de

izvor, apa de puț și in al treilea rând apa filtrată distribuită în oraș. Se mai notează că femeea și copilul sub 10 ani sunt mai refractari ca bărbatul. — Îmbolnăvirea a 4 membri ai unei familii de 7 persoane: analiza a arătat că apa adusă printr'o țeavă de plumb conținea 4 mgr. la un litru *(Rigot-Emeric*, 1927).

2. *Mâncarea*. — *a)* In urma unei îmbolnăviri subite, ancheta a dovedit că victima consumase vreme îndelungată din mâncarea ce i se aducea intr'un vas a cărui gaură (4 cm., in diametru) fusese astupată cu plumb. — *b)* Un lucrător dela căile ferate mâncase ani în șir din pâinea pe care o lua cu el și o ținea intr'un buzunar in care deobiceiu aduna plumburile zilnic desprinse dela vagoane *(Berkesy*, 1929). — *c)* Cazuri de intoxicație explicate prin impachetarea substanțelor alimentare în foi de plumb *(Reitzel*, 1929).

3. *Bile de plumb, de mărimea alicelor, înghițite de un copil de 5 ani (Lorenz*, 1929).

4. *Un copil prezintă simptomele intoxicației saturnine:* se stabilește că, jucându-se luni in șir cu *soldați de plumb*, introducea metalul în gură prin praful ce se prindea de degete *(Lorenz*, 1929).

5. *Aspirarea prafului de plumb:* fenomenele saturnine ale unui grădinar au ca origine aspirarea prafului de plumb rămas în nisipul aleelor depe vremea când grădina servea ca teren de tir: praful provenea dela frecarea proectilelor căzute *(Adler-Herzmark*, 1927)

6. *Prezența in corp a unui proectil neextras: a)* In răsboiul din 1870 e împușcat în șezut. In anii următori se eliminează, prin fistule, așchii de plumb. In 1892 se plânge de dureri violente in șoldul drept: intervenție chirurgicală: se extrag câteva bucăți de plumb. In 1911 se notează scotom central la ambii ochii: radiografia descoperă o bucată de plumb care nu fusese observată la prima intervenție. — *b)* Rănit în 1914: proectilul rămâne fixat in basin. In 1920 un început de înțepenire a articulației șoldului drept: în 1924, colici; în 1926 fenomene de paralizie la ambele antebrațe, la mâni. Proectilul e extras și semnele intoxicației saturnine dispar *(Hals*, 1927).

7. *Cazuri de intoxicație saturnină cu tabacul de tras pe nas:* analiza a demonstrat prezența unor urme de plumb în tabac *(Bauer-Rops*, 1928; *Reitzel*. 1929). — Pentru colorarea și ingreuiarea tabacului se intrebuințează oxidul sau cromatul de plumb.

8. *Incercare de avort* (o intoxicație acută): femeea a murit in urma ingerării unui preparat de plumb, in cantitate de 20 gr. *(Bruening-Kraft*, 1928).

b) Simptomele. — I. In intoxicația acută: paloarea feței, sudori, cefalee, amețeli, sughițuri, lizereul albăstrui al gingiilor, savoarea stiptică, dulceagă cu constricțiuni în gât; greață; vărsături albe, bilioase și sanguinolente; colici ori cu constipație ori cu diaree; dureri în extremități; prostrație, convulsiuni, coma. Moartea in 2—3 zile.

II. In intoxicația cronică tabloul clinic se prezintă cu următoarele particularități.

1. *Gingiile:* lizereul albăstrui. — 2. *Fața:* paloare mare. — 3. *Anemie* care poate îmbrăca forma anemiei pernicioase. — 4. *Anorexia, greața, amețelile, cefaleea.* — 5. *Insomnia* sau *coșmarurile.* — 6. *Pulsul rărit.* — 7. *Scăderea temperaturii.* — 8. *Slăbirea generală.* — 9. *Spasmuri intestinale* (colicele caracteristice saturnismului). — 10. *Rinichii:* nefrita cronică mixtă (albuminoasă, uremi-

genă şi hipertensivă). — 11. *Ambliopia.* — 12. *Urechea:* catarul cronic ori supuraţia cronică a urechii mijlocii. 13. *Meningita* (fenomen rar, observat numai la sugaci — *Hirai, 1927*, Japonia). 14. *Psichosa saturnină:* spaimă delirantă, desorientare în timp şi spaţiu, iluziuni. — 15. *Fenomene nervoase:* neurita retrobulbară, turburări motrice, paralizia, artralgia. — 16. *Encefalopatia saturnină:* sporirea reflexelor patelare şi achileene, pareza spastică unilaterală, paralizia, uneori simptome de apoplexie cerebrală. — 17. *Poliuria.* — 18. *Avortul;* transmisiunea intoxicaţiei la făt.

Antidotul şi tratamentul: emetice, ipeca stibiată, sulfura de potasiu, sulfaţi alcalini, apă albuminoasă, pompă stomacală cu sulfat de magneziu sau de sodiu (50 gr., la litru), lapte diuretice, diaforetice, opiu, injecţii lombare cu cocaină, apă cloroformată, morfină, nitrat de amil, cataplasme calde limonadă sulfurică (2 gr. acid sulfuric, 1.000 gr., apă zaharată), tratament iodat (pentru eliminarea plumbului), tratament electric (pentru turburările motrice).

c) **Leziunile anatomice.** — 1. *Creerul:* edem păstos. — 2. *Stomacul:* modificări ale mucoasei. — 3. *Vasele:* arterio-scleroza vaselor, uneori şi îngroşarea tunicii medii a venelor. — 4. *Ficatul:* uşor hipertrofiat, cu un început de degenerescenţă grăsoasă. — 5. *Rinichii* prezintă modificări nefritice.

d) **Identificarea.** — Urmele de plumb se găsesc în: splină, capilare, endoteliul reticular, parenchimul ficatului, epiteliul de căptuşire a intestinului gros, epiteliul ureterelor; în păr, în periost (în stratul lamelar intern şi extern); în canaliculele lui Havers; uneori în conţinutul stomacului.

Repartiţia plumbului intr'o intoxicaţie lentă cu *apă de plumb vreme îndelungată amestecată în lapte* (examinarea a 100 gr., din organe): 1.0246 gr., în perii bărbii: 0.0051 în dinţi, 0.0119 în intestin; 0,0094 în ficat; 0,0031 în conţinutul stomacului — *Vallée-Lequenne*, 1927.

La *omul viu* identificarea plumbului se poate face astfel: se clăteşte de mai multe ori mucoasa bucală cu o soluţie caldă isotonică de Na Cl: examinarea acestui lichid dă tablouri cantitative de difuziune şi exudare saturnină. (*Jassimowsky*, 1928).

e) **Diagnosticul.** — Identificarea plumbului nu e îndestulătoare pentru conchiderea la o intoxicaţie criminală, industrială sau profesională.

Intâiu, pentrucă, după cum am arătat la etiologie, otrăvirea poate avea o origine naturală (apa, mâncarea, etc.).

In al doilea loc, arterio-scleroza şi nefrita se găsesc şi la artritici şi la alcoolici.

Numai în intoxicaţia acută se poate formula deadreptul concluzia de otrăvire violentă (crimă, sinucidere, accident, tentativă de avort)

4. Cuprul (arama)

Inofensiv în stare nativă, cuprul devine toxic virulent sub formă de sare.

Etiologia (crimă, sinucidere, accident). — Cele mai frecvente sunt cazurile de intoxicație accidentală, de origine medicamentoasă, industrială ori alimentară (grâul și vița de vie stropite cu sulfat de cupru, cocleala depe vasele de aramă). Accidentele industriale se notează la căldărarii și strungarii în cupru, prin absorbțiunea treptată a prafului de cupru din cocleală. — *Muller* (1929) citează un caz de intoxicație cuprică, demonstrată a fi consecutivă plombării a două măsele cu un amalgam de cupru.

I. Sulfatul de cupru (piatra vânătă, chiclazul)

Cristali albi solubili. Caustic stiptic, astringent, emetic, nervin.

Intrebuințat la stropirea sămânței și a viței de vie.

Indicațiuni terapeutice: diareea cronică, nevralgii, hemoragii, actinomicosa, ulcerațiuni intestinale, difteria, epilepsia, febrifug în malaria. — *Posologia* 0.01—0.015 (nervin): 0.02—0.05 (febrifug); 0.10—0.30 (vomitiv). *Doza maximă* pe zi 0.75; *doza letală* 10 gr.

Simptomele: savoare stiptică, vărsături verzi-albăstrui, sete, colici violente și scaune sanguinolente repetate, cefalalgie, puls lent, răcirea extremităților, sudoare rece, colorația verde a limbii, oligurie (urina sanguinolentă), convulsiuni, coma.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, apă albuminoasă, fer limat, sulf, lapte magnesia usta, injecții cu morfină sau laudanum. Tratamentul ulterior: emoliente, diuretice. Se recomandă ca, după administrarea apei albuminoase, să se dea și un vomitiv sau să se facă o spălătură stomacală, spre a se împiedeca solubilizarea albuminatului de cupru.

II. Acetatul de cupru (Cristalii Venerei)

Cristali verzi, albăstrui, insolubili. Escarotic, astringent.

Indicațiunile terapeutice: scrofula, epilepsia, bolile de piele, chloroza. — *Posologia:* 0.01 în pilule de mai multe ori pe zi; *doza maximă* 0.20; *doza toxică* 3—4 gr.; *doza letală* 15—30 gr.

Simptomele sunt aceleași ca la sulfatul de cupru. — *Antidotul și tratamentul* la fel.

III. Arseniatul de cupru

Pulbere de un albastru deschis, insolubilă.

Indicațiunea terapeutică: antisifilitic. — *Posologia:* 0.002—0.008 pe zi.

Simptomele. — 1. In *intoxicația acută:* crampe vărsături, diaree sanguinolentă, albuminurie, anurie, cianoză, hipotermie, puls frecvent, prostrație, delir, convulsiuni, moarte.

2. *Intoxicația cronică:* pete roșii pe corp, vărsături, diaree, turburări de nutriție, de mobilitate și de sensibilitate, turburări cerebrale, mâncărime insuportabilă la brațe și picioare.

Antidotul și tratamentul: antidotum arsenici 200—300 gr. in hidrat de magnesiu: apomorfina, ipeca (contra-indicat emeticul); purgative (oleiu de ricin) diuretice. *Tratamentul ulterior:* comprese calde, fricțiuni excitante, cocaină (în caz de greață), stimulente, mucilaginoase (decocții de sămânță de in, althea, cafea); *contra-indicate:* băuturile alcoolice.

IV. Oxidul de cupru

Pulbere neagră, insolubilă în apă. *Indicațiunea terapeutică:* tenifug, rezolutiv. — *Posologia:* 0,05—0,10 de 3—4 ori pe zi: doza maximă 0,50 (1 gr., pe zi). — *Simptomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

V. Carbonatul de cupru

Pulbere amorfă, verde, insolubilă. — *Indicat în nevralgii* și ca antidot în intoxicațiile cu fosfor. *Posologia:* 0.20—0.50 de 3—4 ori pe zi; doza maximă: 1 gr. — *Simptomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

VI. Arsenitul de cupru

Pulbere verde-gălbue, insolubilă. Antiseptic intestinal: holera infantilă, febra tifoidă, disenteria, holera asiatică. — *Posologia:* 0.0006—0.0025 de 3 ori pe zi; doza maximă 0.01 (0.025 pe zi). — *Simptomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

VII. Cuprul sulfuric amoniacal

Pulbere cristalină, albastră, solubilă. Antiseptic și astringent: epilepsia, chorea, nevralgiile faciale epileptiforme. — *Posologia:* 0.03—0.10 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0.20 (0.40 pe zi). *Simptomele și tratamentul:* vezi sulfatul de cupru.

Leziunile anatomice ale intoxicației cuprice

Se notează: colorația albăstrue a mucoasei stomacului și a intestinului: cauterizarea mucoasei esofagului și a stomacului; tumefiarea și echimozarea mucoasei gastrice: hiperemia (uneori necroza) mucoasei intestinului gros; leziunile nefritice; ciroza ficatului cu depozit pigmentar. In intoxicația cronică se poate observa lizereul verzui sau arămiu al incisivilor.

Identificarea cuprului

Se caută în ficat (unde poate fi conservat timp de ani de zile), rinichi, salivă și sudoare.

La formularea concluziilor trebuie să se țină seama de cantitatea dozată, pentrucă nu trebuie nesocotit faptul, că metalul se găsește normal în organism, unde pătrunde prin consumarea vegetalelor. Recent (1928) *Quam, Hellwig, Supplee* și *Bellis* au demonstrat existența cuprului și în lapte (0.2—0.52 mgr. la litrul de lapte de vacă sau de oaie, îndată după mulgere).

5. Diverse metale

I. Staniul (cositorul)

Sărurile de staniu determină vărsături violente, inflamația tubului digestiv, salivație, slăbirea bătăilor inimii, dispnee, prostrație, convulsiuni. — La *autopsie:* ulcerațiuni stomacale.

II. Zincul

Intoxicarea se produce prin compușii solubili ai metalului și chiar prin vaporii de zinc. Urme din acest metal sunt introduse în organism prin alimente, apă, vin, bere (cari au stat în recipiente de zinc), biberonul de cauciuc (oxid de zinc). — *Etiologia:* crimă, sinucidere, accident (confuzia cu sulfatul de sodiu sau de magneziu: aspirarea de pulbere de oxid de zinc în fabrici).

Se caută în viscere și în urină.

1. **Sulfatul de zinc (praful de nix, praful de nimic).** — Cristali incolori, solubili. Antispasmodic, astringent, caustic, antiseptic, febrifug, emetic. — *Posologia:* 0,10—0,25 (antispasmodic); 0,50—1 gr. (emetic); doza maximă 1 gr.; doza toxică 1,20 gr.; doza letală 5—10 gr.

a) *Simptomele.* — **In intoxicația acută:** savoarea metalică neplăcută, senzație de arsură în faringe, lăcrimare, dilatarea pupilelor, greață; vărsături abundente, adesea sanguinolente; puls mic, dispnee, sudori reci, lipotimie, răcirea extremităților, convulsiuni. Moartea în 10—30 ore. **In intoxicația lentă:** anorexie, diaree, eritem, erupțiuni speciale pe scrotum, în regiunile axilare și inguinale.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale (cu precauțiune) cu soluții de carbonat de sodiu 1%; lapte cald sau albumină, băuturi mucilaginoase, soluții diluate de carbonat de sodiu sau de potasiu (4 gr., la 500 gr., apă caldă), tanin, acid galic, nuca de gal, uleiu de ricin, comprese calde pe abdomen; morfină (hipodermic) în caz de dureri.

b) *Leziunile anatomice:* mucoasa stomacului și mucoasa începutului intestinului subțire sunt hiperemiate, ramolite.

2. **Acetatul de zinc, bromatul de zinc, cianatul de zinc, lactatul de zinc, fosforatul de zinc, salicilatul de zinc** dau aceleași simptome ca sulfatul de zinc; antidotul și tratamentul la fel.

3. **Oxidul de zinc.** — Pulbere amorfă, grea, insolubilă. Antispasmodic, sedativ nervos indicat în: choree, epilepsie, convulsii la copii, tuse convulsivă, crampe stomacale, diaree infantilă. *Posologia:* 0,05—0,20—0,50 de 3—4 ori pe zi; doza maximă 0,50 (2 gr. pe zi). — *Simptomele* și *antidotul* la fel ca la sulfatul de zinc.

4. **Vaporii de zinc,** absorbiți prin salivă, ajungând în stomac, prin hipersecrețiune se formează o combinație de clorură de zinc care cauterizează mucoasa gastrică.

III. Bismutul

E întrebuințat în industria aliajelor. Terapeutica recurge la sărurile de bismut.

Simptomele. — In genere, bismutismul se traduce prin: stomatita cu lizereul negricios al gingiilor, diareea cu hemoragia intestinală, albuminuria și, uneori, turburări nervoase.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, purgative saline.

carbonat de fier, diuretice, substanțe oleioase, mucilaginoase, apomorfină.

1. **Emeticul de bismut**, în cantitate toxică, provoacă: degenerescența grăsoasă a rinichiului, ficatului și inimii, inflamația mucoasei bucale, slăbirea generală, o erupție cutanată specială, colorează în negru mucoasa stomacului și a intestinului.

2. **Subnitratul de bismut** e compusul cel mai important al bismutului. Pulbere albă, insolubilă. Antidiareic, topic protector al mucoasei gastrice, antiseptic intestinal, e *indicat* în: hiperclorhidria, gastrita ulceroasă, ulcerul stomacal și în radiologie. *Posologia:* 0,30—4 gr. de 4—5 ori pe zi *(adultul)*; 0,50 de an *(copilul)*. *Simptomele:* stomatită, enterită, vărsături, colici, cianoză, puls mic, convulsiuni, albuminurie, incontinență de urină sau anurie, dispnee, delir, pierderea cunoștinței.

3. **Sărurile de bismut antisifilitice:** citratul de bismut amoniacal, lactatul de bismut, dermatolul (sub-galatul de bismut), airolul (oxiodo-galatul de bismut), salicilatul de bismut, tartro-bismutatul de potasiu și de sodiu, iodobismutatul de chinină, oxidul de bismut, bismutul metalic precipitat (neo-trepol).

Simptomele. — In caz de intoxicație se poate nota: stomatita acută, cu gingivită și scurgere salivară; disfagie, dispnee, edem al glotei, trismus, răsuflare fetidă, umflarea limbii și a mucoasei bucale, inflamația glandelor salivare; o albuminurie ușoară, oligurie, anurie, azotemia accentuată, convulsiuni, moartea.

Alteori se notează stomatita ulceroasă și gripa bismutică toracică, diverse exanteme.

IV. **Antimoniul (negrul de fier)**

Principalul lui compus, **emeticul**, e un vomitiv indicat ca antidot în diversele otrăviri. In doză exagerată cauzează turburări și chiar moartea: *doza toxică* 0,5—1 gr.; *doza mortală* 2—4 gr.

a) **Simptomele.** — 1. In *intoxicația acută:* savoare metalică, senzație de arsură în esofag și stomac, vărsături abundente și diaree, pulsul slab, dispnee, cianoza extremităților, apariția de pustule speciale. Moartea în câteva ore sau câteva zile.

2. *Intoxicația lentă:* fenomenele gastro-intestinale notate în intoxicația acută: depresiunea energiei musculare, pulsul slab, scăderea temperaturii, apariția pustulelor de ectima stibiată pe spinare, pe membre, pe părțile genitale; poliurie.

b) **Leziunile anatomice:** congestiunea plămânilor, pustule de ectima în tot tubul digestiv, inflamația intestinală, hipertrofia ficatului în degenerescența grăsoasă.

c) **Identificarea.** — Antimoniul se caută în vărsături, în conținutul stomacului și al intestinelor, în fecale, urină, ficat, splină, rinichi și plămâni.

V. Bariul

Otrăviri accidentale: carbonatul de barit confundat cu creta sau amestecat din greșeală cu făină; clorura de bariu administrată în locul sulfatului de sodiu.

Doza letală: 10—20—30 gr. clorură de bariu; 10 gr. acetat de barit.

a) **Simptomele:** savoarea stiptică excesiv de neplăcută, salivație, stomatită, greață, vărsături abundente, dureri stomacale, diaree, slăbiciune generală, frisoane, amețeli, incetinirea bătăilor inimii, accelerarea mișcărilor respiratorii dar slăbite, nefrită, exanteme, convlusiuni, turburări vizuale, prostrație, paralizie; moartea în interval de 2—12 ore sau 1—2 zile.

Antidotul și tratamentul: pompa stomacală, emetice, emoliente, sulfat de magnesiu, sulfat de sodiu (20—30 gr. în 1.000 gr. apă), apă albuminoasă, lapte, acid sulfuric diluat (2 gr. la 1 litru apă), stimulente, acetat de amoniac, gheață.

b) **Leziunile anatomice:** echimoze abundente pe mucoasa stomacului, hemoragii duodenale, tumefiarea edematioasă a mucoasei intestinale, degenerarea ficatului și a rinichilor; hemoragii sub endocardul ventriculului stâng; o ușoară congestiune a plămânilor.

Bobițe albe, de mărimea firelor de nisip, se găsesc în mucusul stomacal.

Principalele săruri. — 1. *Cloratul de bariu* indicat în sifilis, scrofuloză, afecțiuni cardiace. Doza toxică 10 gr.; doza letală 15—20 gr.

2. *Bariul hipofosforos:* antirachitic, fortifiant.

3. *Bariul iodat:* antiscrofulos.

4. *Sulfatul de bariu* e întrebuințat în radiologie ca succedaneu al sărurilor de bismut: 100 gr., pentru examenul tubului digestiv.

VI. Thaliul

Intoxicații având ca origine *crima* ori *sinuciderea* cu un preparat pentru stârpirea șoarecilor (pasta se pune in cafea cu lapte, mâncare), ori *accidentul* depe urma întrebuințării acetatului de thalium (fricțiuni ale pielei capului, injecțiuni subcutanate: intoxicația mortală a trei copii tratați cu acetatul de thalium — *Buschke*, 1929; caz de atrofiare a nervului optic în urma fricțiunilor pielei capului și a injecțiilor subcutanate — *Girot*, 1929; psichoză epileptiformă la 26 zile după tratamentul cu acetatul de thalium — *Bachkevitch*, 1929; căderea părului capului — *Ormerod*, 1928).

Toxicitatea e constantă, dar ea e îndeosebi pronunțată la o vârstă mai înaintată și la copii. Efectele pot apărea după un lung interval; intoxicat de mic copil, iar simptomele se arată abea la maturitate.

a) Simptomele. — In *intoxicația acută:* greață, vărsături, turburări de deglutiție, crampe abdominale, dureri la picioare (indeosebi la articulațiile degetelor și la tălpi), anemia extremă, cefalee; buzele uscate, crăpate; scaune subțiate, urmate, după câteva zile, de constipație; dureri violente și contracturi ale pulpelor; roșeața și tumefacția conjunctivelor, exanteme la pleoape, limba albicioasă, ușor încărcată; grave turburări cardiace, asemănătoare anginei de piept; abdomenul ușor balonat cu dureri difuze; turburări vizuale, amaurosa; în faza ultimă: eczema confluentă pe toată fața, insomnie persistentă, delir, incontinență urinară și fecală, căderea părului, modificarea unghiilor (după trecere de câteva săptămâni), oprirea timp de câteva luni a menstruației; anemia extremă.

b) **Leziunile anatomice:** atrofia glandelor sudoripare, edem pulmonar, esofagită, inflamația mucoasei gastrice, hemoragia ileonului, nefroza și hidronefroza; congestia meningelor, a encefalului și a cerebelului.

VII. Argintul

1. Cele mai frecvente intoxicațiuni sunt datorite nitratului de argint (piatra iadului) întrebuințat în fotografie, în argintarea galvanică, la cănirea părului. — *Indicațiunile terapeutice* ca tonic, hidragog, antiseptic, astringent, caustic, stimulent: epilepsie, tabes dorsal afecțiuni intestinale, ulcer gastric, diaree cronică. *Posologia:* 0,01—0,10 pe zi în doze fracționate *(adultul)*; 0.01—0.03 pe zi *(copilul)*.

a) **Simptomele.** — In *intoxicația acută:* dureri violente și o senzație de arsură, albirea mucoasei bucale, vărsături (adesea sanguinolente), diaree, amețeli, convulsiuni, slăbirea inimii, dilatarea pupilară, pierderea inteligenței. — In *intoxicația lentă* (medicamentoasă): colorația ardoazată a pielei și a mucoaselor, lizereu negru la gingii, albuminurie (inconstant), edeme, accidente convulsive.

Antidotul și tratamentul: emetice, spălături stomacale cu soluția de clorură de sodiu 3%, apă albuminoasă; tratamentul ulterior: lichide, emoliente (orz, althea), lapte, sare.

b) **Leziunile anatomice:** mucoasele bucale înegrite; pete albe de clorură de argint sau escare cenușii pe mucoasa gastrică, culoarea neagră a mucoasei intestinale; sângele negru, bituminos, încet coagulabil, cu granulații albicioase de clorură de argint.

c) **Identificarea** în toate viscerele.

2. Cianura de argint indicată în: hemoragii uterine, carcinomul stomacului, choreea, epilepsia. *Posologia* 0.001—0.003 doza maximă 0.015 (0,06 pe zi). — *Simptomele:* vărsături, diaree, amețeli, insensibilitate, răcirea pielei, convulsiuni. *Antidotul și tratamentul:* amoniac, apă de clor, mixtură de sulfat feros și feric, pompa stomacală.

VIII. Aurul

Clorura de aur. Antisifilitic, antituberculos, antiseptic, nervin. *Posologia:* 0.003—0.01 de 2—3 ori pe zi; doza maximă 0,02 (0,06 pe zi). — *Simptomele:* dispnee, tuse, hemoptizie, senzație de frig.

Antidotul și tratamentul: soluție albuminoasă, ghiață, emoliente, morfină. — *Autopsia:* colorația brună sau violacee a mucoaselor gurii, faringelui și esofagului.

IX. Cadmiul

Sulfatul sau oxidul de cadmiu determină greață, vărsături spumoase, diaree sanguinolentă, incetinirea circulației, dispnee, scăderea temperaturii, tremur. — *Antidotul și tratamentul:* carbonați alcalini, apă albuminoasă. — *Leziunile anatomice:* numeroase echimoze pe plămâni, injectarea mucoasei stomacale și a mucoasei intestinale, albumină multă în urină.

X. Cobaltul

Un caz de intoxicație cu *pulberea de cobalt* (intrebuințată la colorarea faianței): crampe stomacale, greață, anorexie; după un interval de 10—15 zile: vărsături dureroase și repetate cu câteva cheaguri de sânge, hematurie (*Remond-Favre*, 1929). — *Tratamentul:* regim declorurat, urofomină. — *Autopsia:* leziuni grave ale ficatului și rinichilor.

XI. Magneziul

Un caz rar de intoxicație cu *sulfatul de magneziu* (sarea amară, sarea englezească, purgativ); pacientul, în locul dozei divizate de 15,5 gr., a luat toată cantitatea de 57 gr. *Antidotul:* injecție subcutanată sau intravenoasă de calciu (*Thatcheer*, 1928).

D. Substanțele caustice și iritante

1. Acidul sulfuric (vitriolul)

In stare pură (96%) e un lichid sirupos, astringent. In doză unică și care trece de 0.15 gr., concentrat și 1.50 gr., diluat 10%, acidul sulfuric ingerat devine toxic; iar doza unică minimă de 4 gr. a soluției concentrate e mortală. — *Indicațiunile terapeutice:* hemostat în hemoragia gastrică, astringent în diaree, antidot în intoxicația saturnină. *Posologia:* 1—3 picături în apă zaharată; doza maximă *pro die* 0,50—5 gr.

De observat că gradul de toxicitate e în funcțiune și de starea de replețiune ori de vacuitate a stomacului și de cantitatea evacuată prin vărsături.

Etiologia. — 1. *Crima:* frecventă cu copii (îndeosebi noii născuți) și persoanele incapabile de a opune rezistență. Pe cale bucală ori rectală (clismă). — 2. *Sinuciderea:* cel mai mare contigent il dau femeile. — 3. *Accidentul:* confuzia (ingerarea din nebăgare de seamă a conținutului unui pahar, al unei sticle, greșita dozare a prescripției medicale, administrarea unei clisme în care, din eroare, s'a amestecat acid sulfuric în locul unei substanțe uleioase indicate.

a) **Simptomele** se manifestă imediat după absorbțiune. Se disting două forme:

I. *Forma virulentă:* violentă durere de arsură în faringe, esofag și stomac, cu contracțiuni antiperistaltice ale faringelui și esofagului; țipăt sfâșietor; vărsături abundente corosive, colorate în castaniu, cari se produc neîntârziat sau după 30—45 minute; crampe toracice; pulsul mic, frecvent; fața palidă, descompusă; pete și escare, cenușii, cafenii, ori albăstrui pe buze; pielea palidă și rece;

ochii intraţi; puţină evacuare diareică (inconstant); anurie; o extremă slăbiciune generală dar cu conservarea inteligenţei. Moartea, de regulă, in 18—24 ore; uneori mult mai repede, atunci când a intervenit şi edemul glotei; hematemeza consecutivă deschiderii unui vas stomacal, perforarea stomacului (peritonită).

II. *Forma lentă* caracterizată prin fenomenele de reacţiune locală, cari se adaugă la fenomenele şi leziunile generale: stomatita accentuată, dureri epigastrice, deglutiţia extrem de dureroasă cu vărsături; o abundentă secreţiune de mucus bucal, cu salivaţie albicioasă sau sanguinolentă; tumefiarea parotidelor (uneori parotidită supurată), albuminurie (inconstantă); coloraţia icterică a pielei; febră; desprinderea de fragmente cauterizate ale mucoaselor, mucoasa esofagului putând fi în întregime eliminată prin vărsături; pneumonia (inconstant). Moartea in 4—5 zile sau chiar mai târziu. In caz de supravieţuire, se notează leziuni cicatriciale foarte periculoase cari, ulterior, pot provoca moartea: strâmtarea fibrinoasă a esofagului şi a pilorului.

Antidotul şi tratamentul: ghiaţă, apă de săpun, multă apă cu magnesia usta în suspensie, apă albuminoasă, mucilaginoase cu 5% bicarbonat de sodiu; tracheotomia (in caz de edem al glotei). *Contraindicate:* vomitivele, spălăturile stomacale.

b) **Notaţiunile necropsice.** — I. **In forma virulentă:** urmele acidului sulfuric pe *buze*, in jurul *gurii* şi dârele gălbui sau cafenii prelinse pe *bărbie* şi *gât*; escare în plăci albicioase pe *mucoasa bucală* care apare ca fiartă; escare, infiltraţiuni hemoragice, perforări (inconstant) ale *mucoasei esofagului* şi pe *epiglotă* (inconstant). — *Stomacul,* ardoazat, închircit, îngroşat, cu reţeaua vasculară sub forma unor dungi injectate, negricioase; deschis, *stomacul* conţine, în părţile declive, lichid negru (culoarea zaţului de cafea) cu cheaguri şi fâşii de epiteliu; pe fund şi la pilor, *mucoasa gastrică* apare, total sau parţial, ca o escară cafenie sau negricioasă cu lacune şi care se desprinde lesne; perforarea stomacului (inconstant) care se poate produce şi post-mortal. *Intestinul subţire* (mai ales duodenul): înroşit, tumefiat, mucoasa echimozată, cu escare profunde. *Peritoniul* (dacă stomacul a fost perforat) e căptuşit cu sânge închegat negricios. *Ficatul, splina, rinichii,* uneori şi *diafragma* şi partea de jos a *plămânului* (dacă stomacul a fost perforat) au suprafaţa acoperită cu plăci escarotice, aspre, negricioase; *leziuni nefritice; degenerescenţa grăsoasă* a inimii, ficatului, rinichilor. *Sângele* îngroşat şi de culoare închisă.

II. **In moartea tardivă** se notează, în plus, strâmtarea cicatricială a esofagului şi a pilorului.

c) **Identificarea.** — Acidul sulfuric se caută: în viscere; în petele de pe piele, haine, rufe; în vărsături, în lichidele şi alimentele suspecte. — Să nu se uite că în acidul sulfuric din comerț se găsesc uneori cantități însemnate de arsenic, ceeace, în caz de desgropare, poate crea o confuzie.

2. Acidul azotic

Lichid incolor, solubil în apă. In stare pură are *indicațiuni terapeutice:* lepra, bronșita (inhalații), febra tifoidă, diabetul (băutură răcoritoare). *Posologia:* 10—30 picături foarte diluate, de mai multe ori pe zi (doza maximă 0,40 și 1 20 gr., pe zi) pentru *adult;* 5—10 picături foarte diluate, pentru *copil.* — *Doza letală* 5—8 gr.

Apa tare: 40—30% acid azotic

Apa regală: 1 parte acid azotic și 3 părți acid clorhidric.

a) **Etiologia:** *crima* e excepțională; *sinuciderea* e oarecum frecventă; *accidentul* în marea majoritate a cazurilor.

b) **Simptomele** seamănă cu acele ale otrăvirii cu acidul sulfuric. *Diferențiarea:* colorația galbenă pronunțată a escarelor de pe piele și mucoasa bucală. Moartea în acelaș interval ca la acidul sulfuric.

Antidotul și tratamentul: mucilaginoase, alcaline, ghiață, magnezie calcinată, cretă, emoliente, lapte, apă albuminoasă, injecție cu morfină; în cazuri grave, tracheotomia.

c) **Leziunile anatomice** seamănă cu acele ale intoxicației cu acidul sulfuric; numai că escarele mucoaselor tubului digestiv sunt galbene sau de un galben bătând în verde; perforarea stomacului e o raritate: sângele din inimă e negru și fluid, cel din vasele din jurul stomacului e coagulat.

d) **Identificarea:** se caută în viscere.

3. Acidul clorhidric (acidul muriatic, spirtul de sare)

Soluție de gaz clorhidric în apă 33,6%. *Indicațiuni terapeutice:* dispepsia, bolile febrile. *Doza* pentru acidul concentrat oficinal: 0,50—4 gr. în 24 ore, în soluții diluate prescrise: 2 gr. la litrul de apă ca tisană sau 5—10 picături într'o poțiune ca excitant al digestiunii; caustic în ulcerațiunile scorbutice, stomatita mercurială sau ulcero-membranoasă; gargarism în doza de 1% în sirop de mure; băi iritante de picioare în doză de 2 gr., la 100 gr. apă. — *Doza letală* (ingerare) a acidului concentrat e de 15 gr.

a) **Etiologia:** crimă, sinucidere, accident (medicament, confuzie).

b) **Simptomele:** senzație de arsură în gât, esofag și stomac; vărsături brune adesea sanguinolente (cu bucăți din mucoasa gastrică), dispnee, vocea răgușită, leziuni ușoare ale vestibulului urechii, nistagmus, pielea rece, convulsiuni slabe (inconstant).

c) **Leziunile anatomice:** escare cenușii pe mucoasa bucală, mucoasa stomacală ramolită, colorată în roșu cu pete negricioase;

stenoza pilorului și a cardiei; celelalte leziuni sunt ca și în intoxicația cu acidul sulfuric.

d) **Identificarea.** — Se caută în viscere, în petele depe haine, rufe — pete de un roșu aprins. — De notat: acidul clorhidric se găsește normal în stomac.

4. Acidul acetic (esența de oțet)

Lichid incolor, caustic, cu miros caracteristic. *Indicațiuni terapeutice:* stimulent în sincope, antidot în otrăvirile cu alcalii. *Posologia:* 0.50—1 gr., de 2 ori pe zi în diluții mari. — *Doza toxică* 15 gr. *Doza letală* 50 gr. — Vaporii de acid acetic pur cauzează leziuni cutanate (flictene).

a) **Etiologia.** Indosebi frecvente sunt *sinuciderile* și *accidentele.*

b) **Simptomele.** — In *intoxicația acută:* miros caracteristic al răsuflării, dureri pe tractul digestiv, vărsături, diaree, albuminurie, hemoglobinurie, dispnee, slăbirea pulsului, somnolență ori convulsiuni. — In *intoxicația cronică:* răsuflarea fetidă, paloarea feței, anemia, slăbiciune generală, pulsul mic.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, magnesie calcinată, soluție de hidrat de sodiu (2 gr., la 500 gr. apă), infuzie de orz, althea, sămânță de in, lapte, emulsii oleioase, injecție hipodermică de morfină. In caz de dispnee: respirație artificială, tracheotomie.

c) **Leziunile anatomice:** tumefacția mucoasei stomacului și a intestinului subțire, care e neagră cu cauterizarea albicioasă a epiteliului; necroze și focare hemoragice ale ficatului. — In *intoxicația cronică:* catar faringian și stomacal, emfizem pulmonar.

d) **Identificarea.** Se caută în viscere. Figurând în unele alimente, acidul acetic în cantitate mică (în conținutul stomacal) nu îndreptățește concluzia formală a unei otrăviri.

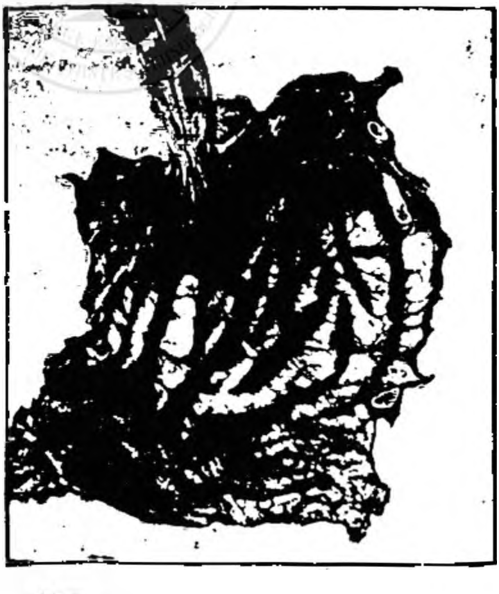


Fig. 204.—Leziunile pricinuite în stomac de acidul acetic ingerat.

5. Acidul oxalic (sarea de măcriș)

Cristali albi, solubili (1/15). In soluție concentrată are acțiune corosivă pe trajectul digestiv. — *Indicațiunile terapeutice:* astma, bronșita. — *Posologia:* 0,05—0,06 la fiece 4 ore (emenagog); 0,15 la oră (răcoritor). *Doza maximă* 0,50 (1,50 pro die). *Doza letală* 4—15 gr.; dar ea depinde de condițiunile individuale: *Taylor* a înregistrat un caz mortal numai cu 2 gr., pe când alte ori s'au văzut supraviețuiri cu doze superioare (20—25 gr.) celei maxime fixate de Codex.

a) **Etiologia:** *crima* și *accidentul*, când se dă acid oxalic în loc de sulfat de sodiu sau sulfat de magneziu; *sinuciderea*. Accidentul mai poate fi consecutiv consumării vinului tratat cu acid oxalic spre a i se inviora culoarea.

b) **Simptomele,** cari se manifestă imediat după ingerare: o savoare acidă foarte intensă; sensație de arsuri în gură, gât și stomac; sete foarte mare; abundente vărsături sanguinolente, brune, incoercibile și cari nu dispar un singur moment de pe tabloul clinic; inflamația limbii și a mucoasei bucale; diaree, dilatarea pupilelor; slăbiciune mare, puls mic; scăderea temperaturii, sensație dureroasă în mușchi, înțepenirea membrelor, colorația cenușie a vârfurilor degetelor; anurie, convulsiuni, coma. Moartea în câteva minute, o jumătate de oră, câteva zile (până la 25).

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, lapte, zaharat de calciu, apă de var, sulfat de magnesiu, soluție de clorură de calciu (5/10), gheață, infuzie de althea, semințe de in, analeptice; injecții cu morfină.

c) **Leziunile anatomice.** Aspectul lor diferă după starea de diluare a toxicului și după intervalul în care se produce moartea. Cu o soluție concentrată și în moartea rapidă: hiperemia creerului: colorația cenușie a mucoaselor gurii, faringelui și esofagului; mucoasa stomacului, tumefiată, distrusă, se desprinde lesne, după o simplă clătire a organului: acelaș aspect îl are mucoasa începutului intestinului subțire; conținutul stomacului, cafeniu, negricios, e foarte acid.

In moartea tardivă (după 8—25 zile) se poate uneori nota: stomatita pseudo-membranoasă; esofagita pseudo-membranoasă și ulceroasă, cu perforarea esofagului; pericardita purulentă și pneumonia lobulară.

d) **Identificarea.** — Acidul oxalic se regăsește în urină, în natură sau sub forma de oxalat de calciu. In ce privește prezența lui în viscere, e de notat că, sub forma de oxalați de calciu, poate proveni și din consumarea unor anumite plante.

6. Soda caustică

Cilindri sau fragmente deliquescente ușor solubile. Alcalin, caustic. *Indicațiuni terapeutice:* diuretic. *Posologia:* 0,0015—0,05 diluat în apă. *Doza letală* 7—8 gr.

a) **Etiologia:** crimă, sinucidere, accident.

b) **Simptomele,** cari se produc imediat după ingerarea soluției: sensație de durere în piept și abdomen, vărsături abundente incoercibile, sanguinolente; diaree sanguinolentă; oligurie; crampe intestinale (inconstant); scurgerea din gură a unui lichid muco-purulent; respirație striduloasă (inconstant). Deasemenea inconstant se notează: bronco-pneumonie, mediastinită, pericardită. — Temperatura, mai întâiu scăzută, se urcă până aproape de 39°. — *Complicațiunile secundare:* stenoza esofagului și a pilorului, stricturi, bronșita putridă, gangrena plămânilor. — Moartea, precedată de colaps, in 2—3 zile; uneori mult mai târziu. — După vârstă și sex, cazurile mortale (după o statistică recentă — *Boricz*, 1928) se repartizează astfel: 11% bărbați, 16% femei și 22% copii.

Antidotul și tratamentul: oleioase, lapte, stimulente, alcaline, oțet, zeamă de lămâie, acid acetic diluat, acid citric, soluții de sulfat de sodiu 5%, camforă, eter, sinapisme, cearșafuri calde, spălături stomacale (cu prudență); să nu se administreze vomitive. *Tratamentul ulterior:* mucilaginoase, lapte, limonăzi acide, morfină, cocaină.

c) **Leziunile anatomice în intoxicația acută:** *Mucoasa bucală și esofagiană* cauterizată, cenușie, destrămată sau chiar complect distrusă. *Stomacul* retractat, cu pereții ingroșați și cu mucoasa sau ramolită până la lichefiare sau având aspectul unei escare uscate, negricioasă; uneori perforarea stomacului. Lobul stâng al *ficatului, splina, rinichiul stâng* atacate de transsudația *conținutului stomacal* care e negricios, muco-sanguinolent, gelatinos și cu reacțiunea foarte alcalină. Cauterizarea *mucoasei intestinului* până la o adâncime uneori mare. In unele cazuri se pot nota: *strâmtări multiple ale esofagului, cauterizarea laringelui. Urina:* albumină (inconstant), urobilină, aceton. — *Sângele* rămâne fluid cu rare cheaguri moi.

d) **Identificarea:** se caută în vărsături, fecale și conținutul stomacal.

7. Potasa caustică

Cilindri albi cu tăietura cristalină, solubili. *Indicațiuni terapeutice:* cistita, dispepsia, afecțiuni gastrice. *Posologia:* 0.0015—0.05 diluat in apă. *Doza letală* 7 gr.

a) **Etiologia:** sinucidere, accident.

b) **Simptomele:** arsuri și constricție în gât și stomac, vărsături, diaree sanguinolentă, colici, încetinirea circulației, scăderea temperaturii, sudori reci, prostrație acută. Moartea în 2—30 zile. Moartea tardivă (chiar peste câteva luni) e uneori consecutivă unei perforări a esofagului sau unei peritonite (moarte peritoneală după 8 luni: *Kobayoshi*, 1928).

Antidotul și tratamentul sunt cele indicate pentru soda caustică.

c) Leziunile anatomice sunt aproape identice cu cele ale intoxicației cu soda caustică.

⁂

Cloratul de potasiu

Indicat in stomatite ulceroase, gingivite. Doza maximă 6—8 gr., pe *zi*. Doza letală 15—30 gr., pentru *adult* și 10 gr., sau chiar mai puțin pentru un *copil*.

a) *Etiologia:* sinucidere; accident medicamentos sau datorit confuziei cu sarea amară.

b) *Simptomele intoxicației acute:* salivație, greață, vărsături, gastro-enterită, icter, hematurie, anurie, cardialgie. Moartea poate întârzia o săptămână sau două. — *Semnele intoxicației cronice:* turburări de nutriție, dispepsie, fenomene bronchice.

c) *Antidotul și tratamentul:* purgative, diuretice, analeptice, ghiață, spălături stomacale, clisme, sinapisme, ventuze in regiunea epigastrică, lăsare de sânge (200—300 gr.), opiu, pilocarpină, carbonați alcalini, cocaină, ser fiziologic, eter, oleu camforat. *Contra-indicate:* băuturile acide.

d) *Autopsia:* petele cadaverice cenușii; colorația cenușie sau cafenie a organelor interne, meningele și creerul injectate și de culoare cafenie; colorația cenușie a substanței osoase; sângele de culoarea șocoladei; icter; cheaguri sanguine în canaliculele urinare; tumoare splenică.

e) *Identificarea.* Se caută in urină și in conținutul stomacal.

Permanganatul de potasiu

Doza letală 12—15 gr. — *Simptomele:* paliditatea feței, tumefiarea limbii și a gâtului, vărsături dispnee. — *Antidotul și tratamentul:* emetice, purgative, diuretice, excitante, cafea, ceaiu, lapte, tanin. — *Leziunile anatomice:* escare negricioase pe mucoasa epiglotei, a faringelui, esofagului și stomacului; degenerarea grăsoasă a miocardului și a rinichilor.

Bichromatul pe potasiu

Simptomele: vărsături, crampe, diaree, dilatație pupilară, albuminurie, anurie. — *Antidotul și tratamentul:* golirea stomacului, carbonat de magnesiu sau de calciu in lapte, fer limat, albuș de ou, infuzie de orz, stimulente. — *Autopsia:* caracteristice sunt leziunile renale.

Nitratul de potasiu (silitra)

Indicațiuni terapeutice: diuretic, diaforetic, combate hipertensiunea arterială, antireumatismal. *Doza toxică* 5 gr.; *doza letală* 15—30 gr. Intoxicații accidentale fie prin ingerare, fie prin inhalarea vaporilor.—*Simptomele ingerării:* colici, greață, vărsături, poliurie, scaune disenterice, puls mic, pielea rece, dureri stomacale, delir, convulsii, oprirea inimii. — *Simptomele inhalării vaporilor:* dispnee, tuse convulsivă, expectorații roșiatice, fața ardoazată, stare cachetică; moartea in 1—3 zile. — *Antidotul și tratamentul:* spălături stomacale, injecție subcutanată de apomorfină, ghiață, sinapisme, eter, camforă, apă albuminoasă, emoliente, unt-de-lemn, alcool, atropină. — *Leziunile anatomice:* iritarea mucoasei căilor aeriene, edem al mucoasei laringee și al plămânilor, emfizem pulmonar interstițial; umflarea stomacului.

8. Lysolul

Lichid brun, uleios. Intrebuințat ca desinfectant in doză de 2—5% apă. — *Simptomele:* răgușeală, dureri nefritice, pierderea cunoștinței. *Leziunile anato-*

mice: escare cenușii sau cafenii pe mucoasa bucală, faringeană și esofagiană; întărirea mucoasei stomacului; focare de cauterizare în plămâni cu pneumonia lobulară și mirosul de cresol al organelor, inclusiv creerul.

8. Diverse substanțe

I. Tinctura de iod

Doza letală 3—4 gr., — Cazuri de intoxicație acută prin aplicarea percutanată: eriteme, urticaria, eczeme. Simptomele. — In *intoxicația acută:* arsuri în gură, lăcrimare, salivație, sensație de constricție în gât, vărsături, dureri stomacale, scaune diareice sau sanguinolente, puls mic, temperatura ridicată, colaps, moarte. — In *intoxicația cronică:* cachexie, agitație, insomnie, lăcrimare, salivație, cefalee, laringită, faringită, edem al glotei, edem pulmonar. — **Antidotul și tratamentul:** emetice, pompă stomacală, alimente feculente, spălături cu amidon, vomitive, magnezie în suspensie, ghiață, apomorfină, sulfanilat de sodiu, triosulfat de sodiu, alcool amoniacal, bicarbonat de sodiu în multă apă, cocaină (0.05/150), lapte mult, opiacee. Tratamentul ulterior: emoliente, bicarbonat de sodiu, apă albuminoasă, infuzie de grâu, orz; althea, morfină.

Leziunile anatomice: colorația brună a mucoaselor cari exală mirosul particular al iodului: conținutul stomacului (dacă se află pâine, paste făinoase) e total sau parțial colorat în albastru; semnele unei gastro-enterite intense dealungul tubului digestiv.

Identificarea. Se caută în viscere, vărsături și fecale. Să nu se uite că iodul se găsește normal în apă și în unele substanțe alimentare (spanac, ceapă, usturoiu, ouă, pătlăgele vinete, fasole albă, pătlăgele roșii, lăptuci, morun, scoici).

II. Iodoformul

Doza toxică e cea superioară unui gram.

Simptomele: turburări digestive, greață, vărsături, eczemă particulară, puls accelerat, dispnee, albuminurie, cefalee, melancolie, halucinație, insomnie, accidente paretice, coma.

Antidotul și tratamentul: emetice, analeptice, băi alcaline, bicarbonat de sodiu, acetat de potasiu, bromură de potasiu, cloral hidrat, morfină, atropină. *Pentru eczema iodoformată:* se pun mâinile în apă fierbinte. — *In caz de intoxicare prin rănile tratate,* se îndepărtează iodoformul și se presară magnesia usta.

Leziunile anatomice: degenerarea parenchimatoasă a miocardului, ficatului și rinichilor.

Identificarea: se caută în viscere.

III. Bromul

Lichid, cauterizează mucoasele. — Inhalat sub formă de *vapori* provoacă dispnee, sufocare.

Doza letală — în funcțiune, firește, și de condițiunile individuale — e de cel mult câteva grame. O medie nu se poate fixa, dat fiind extrema raritate a cazurilor de o atare intoxicație. Moartea — care e fatală, neputând fi înlăturată nici chiar prin tracheotomie. — se produce, de regulă, în câteva ore.

1. **Etiologia.** — *Crima* aproape exclusă. — *Sinuciderea* excepțională. — *Accidentul* deasemenea excepțional.

Literatura medicală nu cunoaște decât 3—4 cazuri de intoxicație bromică. Ne-a fost dar nouă să înregistrăm unul, în chiar momentul punerii sub presă a tratatului de față. E vorba de o sinucidere:

Femee tânără de 26 ani. In ziua de 20 Septembrie 1930, pela ora 11 a. m., a inghiţit o parte din conţinutul unei sticluţe de 10—15 gr., iar la 4½ după masă, adică in interval de mai puţin de şase ore, a murit, cu toată intervenţia medicală grabnică şi cu toată tracheotomia practicată.

a. *Foaea de observaţie clinică:* arsură superficială de culoare brună pe buze, şi de culoare mai atenuată pe bărbie şi pe jumătatea superioară a gâtului. Limba tumefiată, cu mucoasa distrusă. Mucoasa bucală, cea faringeană şi aceea a luetei de culoare albicioasă. — Deglutiţia dificilă. — Dispnee. — Vorbeşte cu foarte mare greutate. — Extremităţile reci, cianozate. — La 1 şi jum. d. a. starea generală s'a agravat: pulsul filiform (160 pe minută), dispneea mai accentuată, edem al buzelor şi al faringelui. — Tratamentul obicinuit rămânând ineficace, la ora 3 d. a., tranchetomie: dispneea nu cedează. — La ora 3 şi 15, transfuzie de 400 cc. sânge. — La aceeaş oră intră in coma şi moare la 4 şi jum.

b. *Leziunile anatomice.* — Arsură de gr. I colorată in brun pe pielea dintre gură şi bărbie, cu urme atenuate pe gât. — Mucoasa esofagului dizolvată, cu pereţii necrozaţi de culoarea verde-cenuşie murdară. — Parenchimul pulmonar roşu-brun şi infiltrat cu numeroase focare hemoragice. Echimoze sub-pleurale (petele asfixice ale lui Tardieu). Conţinutul stomacal: 1.100 cc. de lichid sanguinolent brun-negricios.

c. *Analiza chimică a conţinutului stomacal:* prezenţa unei mari cantităţi de acid bromhidric, rezultat din bromul ingerat în prezenţa substanţelor organice.

2. **Simptomele.** — In stomac, efectele variază după ingerarea *bromului lichid* pur sau diluat. In contact cu mucoasa gastrică, bromul liber determină o foarte vie iritaţie, cu sensaţie de căldură, greaţă, crampe; se mai notează: dilataţia pupilară, paloare cadaverică, pulsul extrem de mic, convulsiuni, colaps profund.

Antidotul şi tratamentul — *In caz de ingerare:* apă albuminoasă, amidon, fenol, magnesie calcinată, bicarbonat de sodiu, ghiaţă, alcool amoniacal, cocaină, emoliente; aer curat, inhalaţie de oxigen, oxigen subcutanat. — *In caz de inhalaţie:* inhalaţie de amoniac.

3. **Leziunile anatomice:** coloraţia galben-roşcată a mucoaselor tubului digestiv, coloraţia negricioasă a mucoasei gastrice, mici ulceraţii stomacale, inflamaţia mucoasei căilor respiratorii, hiperemia ficatului; mirosul special al vărsăturilor şi conţinutului stomacal.

4. Toxicitatea **bromurilor** metalice depinde de natura metalului combinat. Cât despre **bromurile** alcaline, foarte intrebuinţate în terapeutică, ele devin toxice numai in cantitate exagerată.

5. **Identificarea:** se caută in vărsături, in conţinutul stomacului şi în viscere. Bromul nu se mai regăseşte în subsanţă, ci sub formă de acid bromhidric.

IV. Amoniacul lichid (spirtul de ţipirig)

Doza toxică 5—10 gr.; *doza letală* 30 gr.

Simptomele ingerării: dureri in gură şi stomac, sete, lăcrimare, secreţii nazale, vărsături, scaune sanguinolente, tuse, afonie, cianoză, puls mic, răcirea membrelor. — *Inhalaţia de vapori amoniacali:* leziuni pe căile respiratorii, sufocaţie, ameţeli, gastralgie, vărsături, conjunctivită; coma. — In *moartea lentă* se mai observă şi icter, hemoragii.

Antidotul şi tratamentul: spălături cu acid acetic 10%, lapte, albumină, ghiaţă, oţet diluat, zeamă de lămâie, soluţie de cocaină 0,05—0,10 la 500; vomitive (apă şi unt-de-lemn), oxid de bismut in suspensie apoasă; tratamentul ulterior: emoliente, tonice.

Leziunile anatomice: roşeaţa mucoasei tubului digestiv până la nivelul duodenului cu false membrane, escare uscate galbene şi ulceraţii (inconstant); edemul pronunţat al intrării laringelui; tumefiarea edemaţioasă a mucoasei gastrice care e negricioasă; degenerescenţa grăsoasă a ficatului şi rinichilor.

Identificarea: se caută în conţinutul stomacal, în partea superioară a tubului digestiv, în stomac.

V. Acidul fluorhidric (lichid sau în vapori)

Doza letală 5—10 gr., Se găseşte în preparatele pentru stârpirea şoarecilor şi e întrebuinţat pentru conservarea legumelor, untului, vinului.

Simptomele: arsuri în tubul digestiv, vărsături sanguinolente, diaree melenică, ulceraţii profunde, iritarea intensă a plămânului, turburări cardiace

Leziunile anatomice: tumefiarea şi imflamaţia mucoasei gastrice, conţinutul stomacal sanguinolent, hemoragie subendocardială (inconstant).

Identificarea — Se caută în vărsături, în conţinutul stomacal, în viscere.

De notat: fluorul se găseşte în pielea, părul şi oasele omului, precum şi în diverse substanţe alimentare: ridichea, cartofii, strugurii, pătlăgelele roşii, caisele, sparanghelul, orezul, făina de grâu şi de orz, lintea, fasolea albă, boabele de cafea, laptele de vacă, albuşul şi gălbenuşul de ou; în muşchiul de porc; în ficatul de viţel; în pancreasul, creerul şi sângele de bou; în glanda tiroidă a oaei.

VI. Boraxul

Cauzează intoxicaţii cronice în terapeutică şi prin alimentele pentru a căror conservare e întrebuinţat. — *Simptomele:* turburări digestive, psoriasis.

VII. Acidul tartric (drojdia de vin, impropriu numit sarea de lămâie).

Doza mortală 30 gr. *Leziunile anatomice:* echimoze albicioase pe mucoasa stomacului şi a intestinului: sângele fluid şi de un roşu aprins.

VIII. Salicilatul de sodiu

Indicaţiunile terapeutice: antireumatismal, antitermic, anagelsic. *Doza maximă* 12 gr., pe zi. — *Contra-indicat* pentru: nevropaţi, alcoolici, cardiaci, dispepsici, arterio-scleroşi.

Simptomele: turburări gastrice, ameţeli, surditate trecătoare, congestia feţei, delir, micşorare a pulsului, sincopă.

Antidotul: emoliente, alcoolice, opiacee.

IX. Acidul boric

Doza toxică 8 gr. — Accidente, uneori mortale, datorite fie ingerării, fie prezenţei unui borat în alimente (6 copii mici — cărora, în loc de apă distilată, li s'a dat o soluţie concentrată de acid boric au murit. — O femee de 55 ani a murit în urma consumării dintr'un cozonac în care se pusese borat de sodiu — *Mc Nally*, 1928). Se pot nota şi accidente tardive (*Negri*, 1929).

Simptomele ingerării: vărsături, diaree, cefalalgie. — *Simptomele întrebuinţării externe:* ptialism, cardialgie, sensaţie de frig şi de căldură, cefalee, insomnie, delir, hematurie, exanteme, colaps.

Tratamentul: spălături stomacale şi vomitive; tratament simptomatic.

X. Uleiul de croton

Lichid galben brun, extras din sămânţa de *croton tiglium*, care se prezintă ca nişte boabe negre, mari cât sâmburele de cireaşă. — Purgativ drastic, indicat în constipaţiile rebele, hidropisie: rubefiant şi vesicant (extern). — *Doza maximă:* 0,10 gr. pe zi.

Simptomele ingerării: sensaţie de arsură, vărsături, opresiune, agitaţie, scaune apoase evacuate cu dureri, cefalee, ameţeală, prostraţie, răcirea membrelor acoperite cu o sudoare rece; paralizia pulsului şi a inimii; apariţia de pustule, cu conţinut purulent (în interval de 12—24 ore) şi cari, plesnind, sau se usucă sau lasă cicatrice.

Antidotul şi tratamentul: lichide uleioase şi mucilaginoase, spălături stomacale cu apă de var diluată; opiacee, cocaină, băi calde, comprese calde, lapte, apă albuminoasă, spirt de camforă (10 picături la 5—10 minute); injecţie hipodermică de morfină.

XI. Acidul cromic

Doza toxică 0,30 gr. Accidente terapeutice, în tentativele de avort şi în industrie.

Simptomele: o gastro-enterită de formă holerică, vărsături galbene ori verzui, diaree, puls mic şi intermitent, colaps. — În *intoxicaţia cronică industrială:* exanteme tumuroase la faţă, mâni, picioare, pe faţa interioară a coapselor, pe penis, scrotum; perforarea septului nazal; nefrita cronică.

Antidotul şi tratamentul: spălături stomacale, gheaţă, sodă, magnesia usta (10 gr., la 150 gr. apă), zaharat de calciu (0,50—1), sulfat de sodiu, apă albuminoasă, lapte, fer pulverizat cu bicarbonat de sodiu.

Leziunile anatomice: imflamaţia mucoasei intestinale, rinichii piperniciţi cu necrozarea epiteliului căilor urinare.

E Alcaloizii vegetali

1. Alcaloizii opiului

Opiul (afionul): sucul lăptos extras prin incizarea căpăţânelor necoapte ale macului somnifer.—Hipnotic, sedativ, antiemetizant, antidispneic. — *Posologia:* 0,05—0,25—0,50 pe zi, în doze fracţionate, pentru *adult;* administrarea cu mare prudenţă la *copii:* până la doi ani 0,003 de 2—3 ori pe zi; dela 2—5 ani: 0,005 de 3—4 ori pe zi; dela 5—10 ani: 0,01 de 3—4 ori pe zi.

In terapeutică opiul se administrează sub următoarele forme: *laudanum Sydenham, praful Doveri, tinctura de opiu, pilulele de cynaglossa, elixirul paregoric, siropul diacod, codeina, morfina, dionina, pantapon; narceina; narcotina, papaverina, thebaina.*

Intoxicaţia opiacee poate fi acută şi cronică. In această din urmă formă ea se produce prin: inhalarea fumului, ingerarea per os, injecţia hipodermică.

Se înregistrează intoxicaţia frecventă a copiilor cu decocţia de capete de mac, administrată ca soporific sau alinator al durerilor.

Efectele toxicităţii sunt în funcţiune de vârstă, sex şi condiţiuni individuale: după cum există adevărate idiosincrasii, tot aşa avem şi deprinderea cu opiacee. Mai trebue contat cu dispoziţiile patologice pentru o cantitate excesivă de opiate, cum ar fi de exemplu tetanosul.

I. Morfina

Cazurile de intoxicaţie au mai ales ca origine **clorhidratul de morfină.**

Bucăţi cubice, albe, cu aspect microscopic cristalin, solubile. Hipnotic, sedativ, antemetizant, antidispneic.

Indicațiuni terapeutice: colicile hepatice și nefritice, nevralgiile, durerile intense (cancer), accesele de angină de piept; în intoxicația cu cafeină, chinină, atropină. *Posologia:* 0,01—0,05 pe zi, în doze fracționate (pentru *adult*); 0,001 de an, numai după 2 ani, în injecții subcutanate (pentru *copil*). *Doza maximă a adultului:* 0,02—0,05 (0,8—0,10 pe zi). *Doza letală* 0,40, uneori chiar numai 0,20 gr.

Excepțional se înregistrează supraviețuiri după doze masive: 1 gr. — *Holst;* 1.5 gr. — *Heffler;* 2 gr. — *Playfair;* 5 gr. — *Nothnagel;* *190* gr., laudanum — *Tardieu.* — Copiii sunt mai susceptibili ca adulții.

a) **Etiologia:** deopotrivă de frecvente sunt sinuciderea și accidentul, mai rară e crima.

b) **Simptomele intoxicației acute** se manifestă mai repede în injecția subcutanată decât în ingerare: după 15—30—60 minute; excepțional abea după câteva ore. Se notează în ordinea cronologică două perioade:

I. Greutatea capului, amețeli, exaltarea simțurilor (cel mai mic zgomot, o lumină ceva mai tare pricinuește o sensație de durere), o sensație generală de căldură, puls violent, pielea uscată, fața puțin înroșită, arsură pe limbă și în gât, greață (urmată sau nu de vărsături), mâncărime, oligurie sau anurie, fața devine palidă, o erupție papuloasă sau vesiculoasă pe trunchiu și membre, amorțire, încetinirea respirației (4—5 inspirații pe minut).

II. Fața injectată, privirea fixă, ochiul insensibil la lumină, cu pupilele foarte contractate; respirația, stertoroasă, devine tot mai anevoioasă; răcirea extremităților, accelerarea treptată a pulsului, coma. Moartea în 5—12—15 zile.

La persoanele nervoase se notează și trism și opistothonus.

Uneori se înregistrează o stare de *remisiune:* intoxicatul recapătă cunoștința, poate chiar vorbi, dar simțurile rămân amorțite; apoi se produce recidiva: agitație, delir, coșmaruri și moartea se instalează după 2—7 zile dela momentul remisiunii.

Se notează, însfârșit, și o *formă fulgerătoare:* în absența oricărui fenomen precursoriu se produce coma urmată de moarte în 45 minute până la 2 ore.

In **intoxicația cronică** se înregistrează următoarele semne: turburări cerebrale, toropeală, indiferență pentru mediul înconjurător, halucinații vizuale, slăbirea musculară, constipația rebelă, iar sfârșitul fatal e cachexia, moartea. Morfinomanul, lipsit brusc de otravă, are accese de delir violent și turburări circulatorii.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale, iritante chimice și fizice, duș rece, ghiață pe cap, mânile și picioarele în apă caldă, sinapisme, bătae cu șervet ud pe față, mișcare forțată, respirația artificială, inhalație de oxigen; administrarea forțată de cafea, ceaiu, soluții de tanin, hidrat de fer gelatinos, permanganat de potasiu (0,50 la 200 gr., apă); injecții cu 20 cc. dintr'o soluție de 5% permanganat de potasiu; injecții subcutanate cu 0,003 nitroglicerină în 3 rânduri; injecții cu atropină, tinctură de belladona 2% în apă. *Tratamentul* *ulterior:* infuzii de cafea liquor amonii anisi. fricţiuni, diuretice, iod-iodurat, emulsii cu esenţă de terebentină (30 la 500).

c) **Autopsia.** — Când morfina e administrată subcutanat, se pot identifica urmele de înţepare. In interiorul cadavrului se notează: hiperemia creerului (cu abundent lichid seros în cavităţile ventriculare) şi hipermia plămânului; contractarea intestinului (inconstant); atrofia galbenă a ficatului (inconstant); sângele, negricios, fluid ori coagulat.

d) **Identificarea.** — Morfina se poate conserva în cadavru vreme îndelungată: 15 luni *(Stas)*, 14 luni *(Taylor)*; 2 ani şi jumătate *(Grutterink* şi *Ryn)*. Se caută în: urină, salivă, sânge, conţinutul stomacului şi al intestinului; în ficat. splină, rinichi, creer, măduvă, stomac, intestin.

II. Codeina

Narcotic, calmant al tusei. — *Indicaţiuni terapeutice:* afecţiunile respiratorii, bronşita, tusea, nevralgiile, în tratamentul morfinismului. *Doza maximă* 0.20—0.30—0,50 pe zi.

Simptomele: incetinirea pulsului, sensaţie de căldură în faţă, cefalee excitaţie, prurit cutanat, eritem, gastralgie, vărsături, retenţie urinară, miosis, delir, convulsii tetanice, coma.

Antidotul şi tratamentul: vomitive, spălături stomacale, duş rece, sinapisme, respiraţie artificială, oxigen, cafea, ceaiu, tanin, permanganat de potasiu (5%), iod-iodurat, injecţii cu atropină.

Autopsia: notaţiuni ca la morfină.

Identificarea: ca la morfină.

III. Narcotina

Indicaţiuni terapeutice: malaria, migrena febrei intermitente. Doza maximă 1.50 gr., pe zi.

Simptome: gust acru, congestia feţei, dilataţia pupilară, încetinirea pulsului, furnicături în membre, oboseală, insomnie.

IV. Narceina

Indicată în: tusea convulsivă, catarul bronchic, nevralgiile. Doza maximă: 0.20 pe zi pentru adult,

Simptomele: uscăciune in gură, vărsături, prurit cutanat.

Antidotul: apă albuminoasă, emoliente

V. Papaverina

Indicaţiile terapeutice: afecţiunile intestinale, stările hipertonice ale vaselor sanguine. *Doza maximă* pe zi 0,40.

Simptomele: tremurături, rigiditate musculară, convulsiuni.

VI. Haşişul

Intoxicaţia acută: excitabilitate, amnezie. — *Intoxicaţia cronică:* pulsul şi respiraţia accelerate, halucinaţii, catalepsie.

VII. Heroina

Simptomele: somn prelungit (uneori douăzeci şi patru de ore), incetinirea respiraţiei (7—8 pe minut), paloarea feţei, absenţa reflexelor, sudoare rece,

2. Cocaina

Alcaloid extras din coca. — Solzi albi, foarte solubili. — *Intrebuinţări terapeutice:* anestezic local şi general, vaso-constrictor, sedativ, anhidrotic, midriatic, hemostatic; indicat în gastralgii dureroase şi contra vărsăturilor. — *Posologia:* 0,01—0,10 pe zi în doze fracţionate de 0,01 *(adultul):* 0,001—0,002 de an *(copilul). Doza maximă* 0,01—0,05 (0,06—0,15 pe zi). *Doza toxică* şi cea *letală* variază după vârstă, sex şi condiţiunile individuale (la nevropaţi şi cardiaci, de exemplu, chiar o doză de 0,01 poate fi toxică).

Etiologia. — I. *Intoxicaţia acută.* — 1. Crima e o excepţiune şi victima e ori un copil, ori o persoană inconştientă, ignorantă, una incapabilă de a rezista — 2. Sinuciderea e destul de frecventă. — 3. Accidentul e cel mai frecvent în anestezia locală (dentiştii şi laringologii) ori în cea generală. Moartea, care e aproape fulgerătoare, e datorită mai ales faptului că anestezicul e administrat pacientului şezând în fotoliu, în loc de a fi aşezat în decubitus dorsal. (O femee a murit în urma pulverizării laringelui cu 1 gr dintr'o soluţie de cocaină de 20%). — Indeosebi riscată e administrarea terapeutică a cocainei la sugaci (moartea unui copil de 4 luni căruia, pentru combaterea vărsăturilor însoţite de febră, i s'a dat o medicaţie care conţinea cocaină. — *Martinho da Rocha,* 1928). Accidentul mai poate avea ca origine: o eroare în dozarea preparatului farmaceutic; cocaina dată în locul novocainei; luarea ocazională a cocainei in scopul de a-şi alina durerile (intoxicaţia unei fete de 18 ani care, spre a combate durerea convulsivă premenstruală, a luat o doză de cocaină — *Gabbi,* 1929). Injecţia hipodermică practicată de medic, dacă nu e bine dozată, poate fi periculoasă (Moartea unei paciente căreia i se injectase 4 ctgr. dintr'o soluţie de 20% în pleoapă). — II *Intoxicaţia cronică:* accidentele sunt fatale la *cocainomani* (fie sub forma de praf tras pe nas, fie sub aceea a injecţiei subcutanate).

a) Simptomele. — I. *Intoxicaţia acută:* stare de beţie; excitaţie, halucinaţii, accese epileptiforme aducând cu delirium tremens, uneori însoţite de crize de erotism, o locacitate foarte mare; anxietate precordială, puls foarte frecvent, învineţirea feţei, greaţă, vărsături, dureri intestinale, diaree (inconstant), anurie (inconstant), sudori, răcirea extremităţilor, convulsiuni, sincopă. Moartea în 3—18 ore.

II. *Intoxicaţia cronică.* — In multe cazuri cocainismul se grefează pe morfinism. Obicinuinţa se capătă în câteva zile, când cocainomanul e capabil să absoarbă (pe nas sau in injecţii hipodermice) 2—4 grame pe zi. Excitaţiei cerebrale şi fizice dela început îi urmează, după câteva săptămâni, faza depresivă: stingerea treptată a scânteii intelectuale, instalarea tiranică a abuliei, slăbirea şi pervertirea simţului moral; insomnie ori somn populat de coşmaruri; anorexie, turburări digestive, diaree; decreptitudinea fizică, din ce în ce mai accentuată, până la forma cachexiei, e însoţită de o psichoză sistematizată, cu iluziuni, cu interpretări delirante şi interesând toate simţurile, îndeosebi văzul şi auzul; accese convulsive; impotenţa şi perversiunea sexuală. La *cocainomanul care trage pe nas* se notează îndeosebi: sensaţie de frig în nas şi gură, scăderea simţului olfactiv şi al gustului; dilatarea pupilelor, senzaţie de sete, umflarea nasului care are o coloraţie albăstrue; la nări şi la cornetul inferior al nasului se formează depozite de solzi de cocaină; tumori şi chiar o perforare a septului nazal (gaură al cărei diametru poate atinge 1 cm.). Organismul slăbit al cocainomanului oferă adesea un teren prielnic tuberculozei. Frecvent se notează moartea în urma absorbţiunii unei doze excesive.

Antidotul şi tratamentul: iod iodurat, tanin, ghiaţă la cap, cearşafuri reci, nitrit de amil, sinapisme, alcool, ceaiu, cafea, cafeină, morfină, pilocarpină, inhalaţii cu cloroform, clisme cu cloral (1—2 gr.) sau bromură de potasiu, respiraţia artificială, tracţiunea ritmică a limbii. Tratamentul ulterior: emoliente, tonice. In caz de intoxicaţie acută, unii mai recomandă luminal şi pernocton cu afenil.

b) **Leziunile anatomice.** — In afară de modificările nasului şi ale septului nazal, precum şi de urmele injecţiunilor hipodermice, se notează, în cocainism: congestie şi edem pulmonar cu infarcţi pe toată suprafaţa plămânilor.

c) **Identificarea.** Se caută: în mucusul bucal; în conţinutul stomacal; în stomac, intestin, ficat şi rinichi; în trachee; în nas.

3. Strichnina

Alcaloid extras din seminţele de strychnos nux vomica (turta lupului). Cristali albi insolubili. In *terapeutică* se întrebuinţează atât sub forma pură cât şi în combinaţiuni. — *Strichnina pură:* 0.001—0,003 de 2 ori pe zi; *doza maximă* 0.005 (0.01—0,015 pe zi) pentru *adult.* — E indicată în: infecţiuni acute cu tendinţa de adinamie; hipotensiune arterială; astenie; paralizie; miocardită; edem pulmonar; ambliopia toxică ori consecutivă unei curentări electrice; peritonită acută; gripă, pneumonie; hiposistolie; intoxicaţie cu cloroform, cu cloral hidrat; colaps. — *Compuşii strichninei:* strychninum arsenicum (stimulent salivar şi digestiv); strychninum aceticum, chloratum, cacodilicum, nitricum, sulfuricum (indicaţiunile strichninei pure).

Doza letală a strichninei, astfel cum e fixată de Codex, e: 0.01—0.08 pentru *adult;* 0.007—0.008 pentru *copil.* Efectele depind însă şi de condiţiuni individuale: moartea unui copil de 3 ani numai cu 0.004 gr.; dimpotrivă, s'au văzut adulţi rezistând la doze cu adevărat masive (o statistică de supravieţuire ne arată: 13 cazuri cu 0.10—0.30 gr.; 4 cazuri cu 0.30—0.50 gr.; 2 cazuri cu 0.60 gr.). Pare că cei mai refractari sunt copiii atinşi de choree şi alcoolicii în stare de delirium tremens.

Etiologia. — Strichnina se găseşte: sub forma de *preparat farmaceutic* (picăturile amare de Beaume, granulele, tabletele dispeptice, diversele medicamente: praful, extractul, tinctura de nuca vomică); sub forma de *paste pentru distrugerea animalelor vătămătoare.*

I. *Crima* prin introducerea strichninei în alimente şi băuturi (paste făinoase, prăjituri, bomboane, zahăr, ceaiu, cafea, vin), în caşeuri semănând cu cele de chinină ori antiperină. — II. *Sinuciderea:* cu o sare de strichnină procurată dela farmacie; cu pasta destinată animalelor; direct cu nuca vomica. — III. *Accidentul:* greşita dozare a medicamentului, ingerarea unei doze prea mari, absorbţiunea strichninei prin mucoasa oculară (colir cu strichnină), pătrunderea strichninei printr'o leziune cutanată, în timpul manipulării pastei destinate animalelor, prin inhalarea prafului, prin manipularea unei mari cantități de nuca vomica (un caz de intoxicare consecutivă punerii nucii vomice in saci — *Rousseher*, 1928); intoxicația consecutivă întrebuințării nucii vomice ca abortiv.

a) Simptomele se produc în interval de 15 minute până la o oră, iar moartea e rapidă (imediat după apariția primelor semne sau după 1—2 ore); numai excepțional se poate înregistra o rezistență mai lungă (5—24 ore; s'a observat și un caz cu moartea in 45 ore).

In *forma comună*, adică atunci când moartea nu e quasifulgerătoare (în primul sfert de oră dela ingerare), simptomele se înșiră în următoarea ordine cronologică:

I. Indispoziție generală, agitație.

II. Convulsiunile tonice: înțepenirea mușchilor, capul pe spate, fața palidă; fălcile se'ncleștează; membrele, agitate, sfârșesc prin a se contracta; respirația scurtă, sacadată; fața se umflă și se cianozează; salivație, vărsături (inconstant).

III. Perioada de remisiune: mușchii se destind și un interval de calm succede contracțiunii spasmodice.

IV. Recrudescența (remisiunea e de scurtă durată): convulsiunile isbucnesc cu o și mai mare violență ca în primul acces; corpul poate fi aruncat la o înălțime relativ mare; opistotonusul și trismul sunt și mai accentuate, membrele se'nțepenesc iar talpa piciorului e întoarsă înăuntru; respirația pare complect suprimată; pielea, palidă dela început, se învinețește; ochii ficși, cu pupilele dilatate, sunt exorbitați; imobilitate și insensibilitate complectă.

V. Urmează alte faze de scurtă remisiune incomplectă, cu noui accese paroxistice, dintre cari ultimul, cel mai scurt, pune capăt dramei. Durata medie a fiecărui acces e dela 30 secunde până la 5 și 8 minute, iar intervalul dintre accese oscilează, după puterea dozei, între 45 secunde și o oră și jumătate.

De observat că perioadele de remisiune sunt din ce în ce mai lungi în intoxicația nemortală, când crizele se potolesc în câteva ore, iar in zilele următoare nu mai rămân decât câteva contracțiuni musculare și o sensație de mare oboseală.

In ce privește diferențiarea simptomelor unei otrăviri prin strichnină de acele ale tetanosului, e de reținut: pe când în intoxicația strichninică convulsiunile apar brusc, iar accesele se succed repede, în tetanos, dimpotrivă, convulsiunile se anunță încet, sunt mai lungi iar intervalul dintre ele e și el mai lung; în otrăvirea prin strichnină, în intervalul dintre accesele convulsive mușchii se destind, în tetanos rigiditatea spasmodică persistă în cursul acestui interval.

Insfârșit, simptomele pot simula pe acele ale uremiei sau ale meningitei cerebro-spinale; în atare caz examenul necropsic, prin leziunile specifice, ușurează diferențiarea diagnosticului.

Antidotul și tratamentul: pompă stomacală cu o soluție de tanin (2%), vomitive, respirație artificială, cloroform, cloral hidrat (3—4 gr.), bromură, camforă, morfină, permanganat de potasiu (10—20 picături dintr'o soluție de 1%); apomorfină; cărbune animal, adrenalină, emoliente, lapte mult. — In anii din urmă (*Simon*, 1929) s'a încercat cu succes și următorul tratament complementar: soluția de Lugol (la fiecare 15 minute 10—12 picături într'o linguriță de apă), purgativ (sulfat de sodiu), paraldehidă (5—6 gr.), injecție intramusculară de bromid de sodiu (o soluție de 60% în fiole de 5 cc.).

b) Autopsia. — Rigiditate cadaverică precoce și prelungită (uneori timp de câteva zile); o răsucire convulsivă a membrelor; fața e învinețită; plămânii congestionați cu echimose subpleurale; congestia și hemoragia cerebrală și medulară; sânge roșu sau negru, siropos dar necoagulat; inima și vasele sunt pline cu sânge; echimose subpericardice.

c) **Identificarea** strichninei e absolut necesară, pe deoparte pentrucă simptomele pot da loc la o interpretare eronată, pe de alta, pentrucă leziunile anatomice par în general acele ale asfixiei. Identificarea se face prin izolarea chimică a substanței, complectată cu proba fiziologică pe animale (broască).

Strichnina se regăsește în salivă, urină, sânge și în conținutul stomacal; în stomac, intestin, ficat rinichi, creer (îndeosebi în substanța cenușie) și în măduva spinării.

Foarte rezistentă putrefacției, strichinina poate fi identificată, la desgropare, după luni și chiar ani de zile: după 3 ani — *Macadam, Heintz;* după 3 ani și 45 zile — *Bosujakovics;* după 4 ani și jumătate — *Dié;* după 11 ani — *Fresenius.* Dar se poate întâmpla și contrariul: prinsă și cărată de lichidele de putrefacție, substanța să dispară după câteva luni.

De observat: strichnina eliminându-se în mare cantitate prin urină, în chiar cursul primei ore dela ingerare, urmează că, în cadavru, nu se mai regăsește decât o parte și anume escesul dozei mortale. In caz de supraviețuire, dacă au trecut 4—5 zile dela ingerare, nu e exclus ca strichnina, incontinuu eliminată prin urină, să nu se mai regăsească deloc în organism — în orice caz urme abea perceptibile.

Brucina

Extrasă tot din nuca vomica, are efecte toxice asemănătoare acelora ale strichninei. *Doza maximă* 0.20 gr. *Antidotul și tratamentul:* vezi „Strichnina".

Curare

Massa brună, amară, solubilă. *Indicat* în: tetanos, epilepsie, choree. *Doza toxică* 0,09 gr. — *Simptomele:* relaxarea mușchilor, salivație, vărsături, nesiguranță în mers, tremurături, ambliopie sau diplopie, frisoane, accelerarea pulsului, paralizia picioarelor și a mușchilor respiratori, asfixie.

4. Belladona-atropina

Belladona și atropina (care se extrage din atropa belladona sau din datura stramonium) sunt toxice violente, cari au și numeroase aplicațiuni terapeutice.

I. **Belladona** (mătrăguna. mătrăgiunea. nădrăgula. cireașa lupului. doamna codrului. iarba codrului, împărăteasa buruenilor).

Intoxicațiile se produc cu fructul (4—5 boabe ajung pentru omorirea unui copil, iar 10—15 cauzează moartea unui adult), cu frunzele plantei în stare de infuziune (administrată pe cale bucală ori rectală- clismă), cu rădăcina plantei (decocție). cu extractul de belladona. a cărui doză mortală oscilează intre 0,10 gr. și 4 gr. — In *terapeutică* se intrebuințează: extractul. praful din foi. pomada belladonată, tinctura și siropul de belladona. Numeroase cazuri de intoxicație cu belladona luată ca abortiv sau afrodisiac.

Pentru simptome și leziuni anatomice: vezi *Atropina*.

II. Atropina

Principiul activ al belladonei. Cristali albi insolubili Antispasmodic, analgezic. antisialogog. antihidrotic și midriatic. toxicul are următoarele *indicațiuni terapeutice:* angina de piept. astma bronchică. ulcerul gastric. salivația, transpirația abundentă; antidot al morfinei, cloralului, cloroformului, al acidului cianhidric. al pilocarpinei; antidot in otrăvirile cu ciuperci. *Doza maximă* 0.001 (0.005 pe zi) pentru *adult*: 0.0005 pe zi pentru *copil*.

Atropina sulfurică: doza maximă 0.001 *(adultul)*; 0.0005 (copilul de 5 la 10 ani). *Doza letală* 0.1—0.12 gr.

Atropina valeriancă: aceeaș doză maximă.

Atropina borică, indicată in oftalmologie: doza maximă 0,001 (0.003 pe zi).

Doza letală a atropinei în genere variază după vârsta și condițiunile individuale: un copil de 3 ani omorît cu o doză de 0.095; doza mortală a adultului e cuprinsă intre 0.20 și 0.50 gr.

Etiologia. — 1. Crima se notează mai ales prin introducerea otrăvii pe calea rectală (clismă). ori prin amestecarea ei in alimente și băutură (prăjituri. compot. vin. cafea). — 2. Sinuciderea e rară. — 3. Accidentul e cel mai frecvent: o dozare exagerată nu numai din punctul de vedere al formulei Codexului. dar și sub raportul susceptibilității individuale. confuzia făcută de farmacist: absorbțiunea unei doze exagerate sau absorbțiunea din greșeală; instilarea unei cantități mai mari de atropină decât cea prescrisă; abuzul ce fac femeile pentru provocarea dilatării pupilei.

a) **Simptomele** (cari sunt și acele ale belladonei) apar după câteva minute sau câteva ore: sensație de arsură în gură și de constricție in gât. disfagie. sete mare, greață. răgușeală până la afonie. pielea uscată, oligurie sau chiar anurie: paralizia rectală; excesiva dilatație pupilară, micropsie. ambliopie, amauroză; accelerarea pulsului (120—140—160 pulsații pe minut): congestia și cianoza feței; eritem scarlatiniform sau papule urticare pe partea superioară a toracelui; halucinații vizuale (incendii. capete tăiate. scene de măcel);

halucinaţii auditive; beţia atropică: locacitate, ţipete, urlete, agitaţie (mişcări desordonate), accese ca în delirium tremens, zguduiri epileptiforme ale muşchilor feţei şi ale membrelor; respiraţia neregulată şi cu intervale de apnee; coma.

Tabloul acesta clinic — care e acela al ingerării — suferă modificări, dacă alta e calea de pătrundere a atropinei sau a belladonei în organism. Aşa: în *injecţiunea subcutanată* toate simptomele apar aproape simultan; în *instilarea atropinei în ochi*, primul semn e acela al dilatării pupilelor.

Moartea în câteva ore (3—6 ore dela ingerare) sau în câteva zile (1—3).

In caz de supravieţuire: dilataţia pupilară şi uscăciunea gâtului persistă câteva zile, trupul e acoperit de o sudoare abundentă.

In *intoxicaţiunea cronică:* o slăbiciune generală tot mai pronunţată, constipaţie, încetinirea pulsului, temperatura sub cea normală.

Antidotul şi tratamentul: emetice, spălături stomacale cu tanin, cărbune animal; ghiaţă pe cap, pilocarpină (0.02—0,06); morfină, apromorfină muriatică (0.02), infuzie de ceaiu, cafea, opiacee, inhalaţii de nitrit de amil, cloroform.

b) **Autopsia.** — In caz de intoxicaţie cu belladona (fruct, frunze) se găsesc în stomac resturi vegetale. In genere se notează: congestia meningelor şi a creerului, hemoragii şi apoplexii capilare ale encefalului, cerebelului şi bulbului; hiperemia plămânului; mucoasa gastrică şi cea intestinală palide; uneori (intoxicaţia cu fructul de belladona) mucoasa stomacului are plăci roşiatice, iar mucoasa faringelui e vânătă; semne de catar intestinal; început de degenerare a miocardului şi a rinichilor. Sângele, de un roşu închis, e fluid.

c) **Identificarea.** - Atropina e foarte rezistentă la putrefacţie (*Draggendorf* a regăsit-o după 2 luni şi jumătate dela moarte).

In caz de supravieţuire, dovada otrăvirii e întotdeauna posibilă, dacă agentul toxic a fost fructul sau frunza de belladona ori de datura, pentrucă acestea se regăsesc în conţinutul stomacal şi eventual în vărsături. — Dacă intoxicaţia s'a făcut cu atropina, aceasta — eliminată repede prin urină în 12—20 ore — nu mai poate fi identificată.

In caz de moarte, se caută în urină, stomac şi în conţinutul stomacal: în începutul intestinului subţire şi în conţinutul lui, în ficat, rinichi şi sânge.

* * *

Hyosciamina şi **hyoscina** sau **scopolamina** sunt principiile active extrase din frunzele, seminţele şi rădăcina plantei erbacee hyosciamus niger (*măsălariţa, măsălarul, nebunariţa, sunătoarea).*

Efectele toxice sunt asemănătoare cu acele ale atropinei.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale; ipeca. apomorfina; stimulente (alcool, eter, amoniac, acetat de amoniac, cafea tare și fierbinte, muștar la pulpe, sticle cu apă caldă la picioare), injecțiuni subcutanate din nitrat de pilocarpină; administrarea bucală sau în clismă de 7 gr. de tinctură de jaborandi; respirația artificială prelungită.

5. Aconitina

Alcaloid extras din frunzele și rădăcinile lui *aconitum napellus* (omagul, omiacul, toaca, toadea, mărul lupului).

Pulbere amorfă, albă, solubilă. Ca sedativ și antinevralgic, toxicul e *indicat* în: nevralgia facială, sciatica, reumatismul. *Doza maximă* 0.001 (0,002 pe zi). — 1.25 gr., 3 gr., 4 gr., de preparat galenic de aconit pot cauza moartea unui adult.

Etiologia. — Crima prin mâncare, prăjituri, bomboane. — *Sinuciderea* prin preparate farmaceutice. — *Accidentul*: consumarea rădăcinii de aconit luată drept hrean, consumarea frunzelor sau floarei de aconit; preparat farmaceutic; confuzia farmacistului; confuzia victimei; dozarea exagerată a ordonanței medicale.

a) **Simptomele:** senzație de amăreală și arsură în gură; înțepături pe limbă și în gât; roșeața mucoasei bucale și faringee, cu o erupție de bășicuțe; senzație de arsură în esofag și stomac; amorțire, furnicături, frig; senzația că ar avea capul strâns ca într'un cerc de fier sau colosal mărit; aceeaș senzație pentru buze și membre; amețeli, incapacitatea de a se ține pe picioare; contracțiunea mușchilor feței, contracturi ale membrelor; turburări vizuale, vâjâituri în urechi; vărsături și diaree (inconstant), dureri epigastrice; sub-delir; pulsul mic și aritmic, lipotimie, dispnee, scăderea temperaturii, sincopa. Moartea e rapidă: 2—4 ore; excepțional în 30 minute.

In caz de supraviețuire, simptomele grave dispar în 20—30 ore și mai rămân: cefaleea, slăbiciunea musculară, pulsul mic, furnicăturile.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale cu o soluție de iod iodurat, emetic (sulfat de cupru), fricțiuni calde, masaje, cărbune animal, acid tanic (0.20 la 30 minute), cloroform, alcool, injecții cu eter, respirațile artificială, inhalații de nitrat de amil, injecții cu atropină, oleiu camforat, digitală.

b) **Leziunile anatomice:** hiperemia mucoasei bucale, a mucoasei esofagului și stomacului; sângele, uneori îngroșat, e colorat în cafeniu deschis.

c) **Identificarea.** — Se caută în stomac și în conținutul stomacal; în conținutul intestinal; în ficat, rinichi, urină și sânge.

6. Barbiturismul

E intoxicația, acută ori cronică, urmată ori nu de moarte și consecutivă abuzului făcut de veronal, luminal, medinal, dial, allional.

I. Veronalul

Pulbere cristalină, albă, amară, greu solubilă. — Hipnotic indicat în: insomnia nervoasă, neurastenie, histerie, melancolie, dispnee, tuse; în tratamentul morfinismului, în stări de escitare maniacă, halucinaţii, delir; în nicotinism; în răul de mare; în hemiplegie. *Posologia:* 0,25—0,50 gr. (1 gr. în 24 ore). In doză mai mare, acţiunea veronalului se traduce prin ebrietate, somnolenţă persistentă. *Contra-indicat* pentru acei cari suferă de ficat şi de insuficienţă renală, la cari doza letală e foarte mică; dimpotrivă, persoanele normale pot suporta şi o doză de 10 gr. sau chiar mai mult, după gradul de susceptibilitate individuală. Fapt e că, până acum, după cum observă Kubo-Abrest, nu s'a ajuns să se determine nici doza toxică, nici cea letală: s'au înregistrat accidente serioase cu doza de 0,50 gr. şi mortale numai cu doza de 1 gr., pe când în alte cazuri nu s'a produs moartea nici cu doze de 12 gr.

Etiologia: îndeosebi frecvente *sinuciderea* şi *accidentul*.

a) **Simptomele** diferă după gradul de intoxicaţie.

I. In *forma uşoară* (câteva ore): hebetudine, somnolenţă, greaţă, vărsături, ameţeli, mişcări nesigure, astenie musculară; eritem, exantem morbiliform care dispare în câteva zile.

II. In *forma mijlocie* (2.50—7—8 gr.): toropeală, letargie: faţa pământie, ochii ieşiţi din orbite, pielea acoperită cu sudoare, extremităţile reci; pupilele, uneori uşor contractate, reacţionează leneş la lumină, reflexele corneene şi conjunctivale lipsesc, reflexele tendinoase uşor slăbite; pulsul lent, uneori slab. In general, starea de somnolenţă durează 24—30 ore. La trezire, intoxicatul, cu vorba încurcată, se plânge de o violentă cefalee occipitală; mişcările sunt stângace, uneori uşor ataxice. Nistagmus, diplopie, ptosis, oftalmoplegie (inconstant). Frecvenţa incontinenţei urinare şi fecale. Durata bolii: 3—10 zile; uneori, în convalescenţă, se notează erupţiuni cutanate.

II. In *forma gravă* (cu doze mai mari de 10 gr.) tabloul clinic aduce cu acela al intoxicaţiei mortale cu morfina: coma, pupilele contractate nu reacţionează deloc la lumină, pulsul e abea perceptibil; reflexele tendinoase sunt sau exagerate cu opistotonus, sau sunt abolite (complecta resoluţie musculară); moartea rapidă prin paralizia respiraţiei (în 1—3 zile). Uneori moartea se produce prin congestie pneumonică dublă şi colaps cardiac (caz de moarte după 84 ore — *Dumitrescu-Mante*, 1927).

Welles (1927) a înregistrat un caz nemortal cu 13 gr.: pierderea cunoştinţei timp de 113 ore; pneumonia lobară declarată după o zi şi dispărută în a 7—a zi.

Henri Claude (1927), într'un caz de intoxicaţie cu 15 gr., a notat şi gangrena uscată în diverse puncte ale membrelor inferioare.

IV. In *intoxicaţia cronică*: turburări funcţionale, modificări de caracter (accese de mânie violentă, agresiune), simptome de paralizie generală, oligurie, albuminurie; apoi toate celelalte semne ale intoxicației acute. E de observat că uneori simptomele intoxicației cronice simulează pe acele ale tumorii cerebrale, ale paraliziei progresive, ale sclerozei în plăci sau ale sindromului cerebelos.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale, inhalație de oxigen, stimulente periferice pentru combaterea somnolenței, fricțiuni, cafea tare, cafeină, oleiu camforat, injecțiuni subcutanate cu oxigen, ventuze scarificate.

b) **Leziunile anatomice**: hiperemia și edemul meningelor, puncte hemoragice în ganglionii encefalului, în capsula internă și în cerebel; hemoragii ale mucoasei stomacului; modificări degenerative ale epiteliului tubilor contorți ai rinichilor, edem pulmonar, echimose subpleurale; o umflare, cu o necrobioză parțială a celulelor hepatice în jurul venelor centrale ale lobilor ficatului; început de proces degenerativ al splinei.

c) **Identificarea.** Se caută: în stomac, unde poate fi găsit nedizolvat și aderent de mucoasă; în intestin, creer, plămân, ficat, splină; în urină; cea mai mai mare parte se găsește depozitată în creerul mare și în cerebel.

II. Luminalul

Intoxicațiile au ca obârșie sau încercarea de sinucidere sau accidentul datorit ingerării unei doze mai mari decât cea admisă de Codex (0,80 gr. pe zi).

Simptomele sunt aproape la fel cu acele ale veronalului, dar efectele sunt mai puțin periculoase, deoarece otrăvirile mortale sunt o excepție. *Olbrycht* (1929) semnalează o intoxicație cronică mortală a unui epileptic care, timp de 3 luni, ingerase zilnic câte 5 doze.

7. Digitala-Digitalina

Alcaloid extras din *digitalis ambigua* (degetarița, digitărelul, degețelul, tâța oii).

Intoxicațiile se produc sau cu infuzii ori macerații de *foi de digitală uscate și pulverizate* (doza letală: 2 gr.) sau cu preparatele farmaceutice de *digitalină*.

Digitalina Nativelle: cristali albi, puțin solubili. *Posologia:* 0.0001—0.0002 de 3—4 ori pe zi. *Doza maximă pe zi:* 0.001. *Doza letală; 0,01—0,018.*

Digitoxina. Pulbere cristalină albă, insolubilă. *Doza maximă* 0.002 (0.004 pe zi)

Digalenul. Soluție sterilizată de digitoxină amorfă. Lichid incolor, amar. Doza maximă 2 cc. (6 cc. pe zi) intern sau injecție.

Digipuratum. Extract purificat de digitală (tablete și soluție alcoolică). Administrarea internă: 4 tablete în prima zi, 3 în a 2-a și a 3-a zi; 2 în a 4-a zi: 10—15 picături din soluție, de 3 ori pe zi; injecții: 1—2 cc.

Digitalina amorfă galică. Pulbere brună insolubilă. Doza maximă 0.0002 (0.002 pe zi).

Digitalina amorfă germanică. Pulbere gălbuie solubilă. *Doza maximă* 0.004 (0.02 pe zi).

Digitalina solubilă 1%. *Posologia:* pentru *adult* doze descrescânde de 30, 20, 10 și 5 picături, doza maximă 25 picături (50 pe zi); pentru *copil:* la 5 ani 10 picături, la 10 ani 12 picături, la 15 ani 25 picături.

a) **Etiologia.** — Deopotrivă de frecvente sunt accidentul și sinuciderea. (Un caz de sinucidere, înregistrat la Institutul Medico-Legal din București, în 1927: o femee de 44 ani înghite 16 cc. din-tr'o soluție de digitalină Nativelle și moare după 5 ore și jumătate).

b) **Simptomele intoxicației** se notează nu numai cu dozele masive, ci și cu cele terapeutice, de îndată ce se abuzează de medicament. Cu dozele masive semnele se manifestă de regulă după o jumătate de oră.

I. In *intoxicația ușoară terapeutică:* anorexie, vărsături, diaree.

II. In *intoxicația mai gravă:* încetinirea pulsului, rărirea bătăilor inimii (50, 40 sau chiar numai 30 pe minut).

III. In *intoxicația masivă cu sfârșitul letal:* excitație mare, greață, colici, vărsături dureroase și la început incoercibile, cefalee, amețeală, vâjâituri în urechi, încetinirea pulsului care devine intermitent, aproape imperceptibil, bradicardie, micșorarea tensiunii arteriale; oligurie, dispnee, prostrație; turburări vizuale, cu dilatația pupilară; cianoză, sudori reci; pierderea cunoștinței; oprirea inimii (precedată ori nu de convulsiuni). Moartea se produce în interval de câteva ore ori câteva zile (2—3); excepțional îmbracă forma quasi-fulgerătoare (o femee moartă după 25 minute, în urma ingerării unei doze de 25 gr. de tinctură de digitală — *Barth*).

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, vomitive, tanin, acid galic, cafea, eter, amoniac, alcool, injecție de aconitină (0,25 mgr) ghiață, tinctură de opiu. Bolnavul e menținut culcat, chiar după dispariția fenomenelor.

c) **Leziuni anatomice caracteristice** nu există; cel mult dacă se constată câteva sufuziuni sanguine dealungul tubului digestiv și inegalitatea repletiunii ventriculilor inimii, cu un sânge fluid.

d) **Identificarea.** Se caută în stomac, intestin, rinichi, ficat, splină. Analiza chimică e complectată cu proba fiziologică.

O acțiune analoagă aceleia a digitalinei o are helleborus niger (doza maximă 1 gr. pe zi).

8. Diverși alcaloizi

I. Tutunul-Nicotina

Nicotina se extrage din foile de *nicotiana tabacum*.

Lichid galben, solubil, *nicotina* are următoarele *indicațiuni terapeutice:* turburări funcționale ale inimii, dermatoze cronice antidot al strichninei. *Doza maximă* 0,001 (0,003 pe zi). *Doza toxică* a nicotinei pure e de 0,01 gr.; *doza letală* a adultului e de 0.08—0,16 gr. Acțiunea toxicului variază ca intensitate după conținutul de apă și după gradul de oxidare a preparatului: de aceea s'a putut înregistra un caz de supraviețuire a unui bărbat de 33 ani care ingerase o soluțiune conținând 4 gr. de nicotină pură - *Lanes*, 1928. — O *infuziune sau macerație de tutun de 15-30 gr.*, administrată rectal, poate cauza moartea.

Etiologia. — 1. *Crima* e o excepție. Clasică e observația din 1851: contele de Bocarné a ucis pe cumnatul său Fougnies, turnându-i pe gât un preparat cu nicotină; moartea in câteva minute. Se cunosc și alte crime izbutite sau numai incercate: administrarea unei băuturi în care maceraseră foi de tutun sau în care se pusese tabac de tras pe nas. — *Sinuciderea* prin ingerarea unei infuziuni de tutun în foi sau tăiat, ori a unui preparat insecticid (1. O femee a băut o soluție de nicotină 40% destinată stropirii pomilor; moartea in câteva minute — *Lames*, 1928. — 2. Un om a inghițit o infuziune de tutun — *Schmidt*, 1930). — 3. *Accidentul* e cauza cea mai frecventă și poate îmbrăca următoarele forme:

1. *Tabagismul* în forma acută (la fumătorii incepători) și in forma cronică. El se notează la: fumătorii pasionați (caz mortal la unul care, cu ocazia unui pariu, a fumat una după alta 18 pipe — *Hellwig*); mestecătorii de tutun; trăgătorii pe nas; lucrătorii din manufacturile de tutun, prin aspirația prafului sau a vaporilor de fermentațiune.

2. *Aplicațiunile externe* ale frunzelor de tutun.

3. *Tentativele de avort* cu decocțiunea de tutun.

4. *Manipularea preparatelor antiparazitare* cu bază de nicotină, intrebuințate in grădinărit.

5. *Transmiterea nicotinei la sugaciu prin laptele mamei (doicii)* care fumează mult (o observație recentă făcută de *Hateher-Cresby*, 1927).

a) **Simptomele.** — I. In intoxicația acută: arsuri în gât, esofag și stomac; abundentă secrețiune salivară, greață, vărsături, slăbiciune, turburări vizuale, pupila dilatată și fixă; pielea rece și acoperită cu o sudoare cleioasă; urcarea temperaturii; pulsul, la început încet, devine accelerat; accelerarea apoi incetinirea bătăilor inimii; încetinirea mișcărilor respiratorii, cianoza; convulsiuni clonice; pierderea cunoștinței.

In intoxicația cu o doză masivă (infuziune, macerație) moartea se poate uneori produce foarte repede (1—2 ore).

II. In *intoxicația cronică*, indiferent de felul pătrunderii nicotinei in organism, se notează următoarele simptome comune: culoarea cenușie a feței, pierderea memoriei cuvintelor, tremurături, amețeli, nevralgii ale brațelor și umerilor, angina de piept, stomatită și faringită cronică; dureri gastrice și constipație rebelă; palpitații; alterări ale văzului, auzului și gustului; o ușoară congestie cerebrală; amorțire. — După felul pătrunderii in organism, se observă simptome particulare: 1. *Fumătorii:* palpitații, grave fenomene de angină de piept, cancerul limbii, ambliopia nicotinică.—2. *Trăgătorii pe nas:* iritarea, ingroșarea, ulcerarea mucoasei nazale; turburări auditive. 3. *Mestecătorii de tutun:* salivație abundentă; inflamația cronică a mucoasei gingiilor, a cerului gurii și a limbii. — 4. *Lucrătorii din manufacturile de tutun* (nicotina pătrunde prin căile respiratorii ori prin piele): simptomele sunt la fel cu acele ale fumătorilor pătimași.

Antidotul și tratamentul: emetice, spălături stomacale și intestinale, soluție de tanin, iod iodurat, strichnină (injecție hipodermică), opiu, cafea, alcool, eter, stimulente, lapte cald, nitrit de amil (inhalații).

b) **Leziunile anatomice:** mirosul particular al stomacului; prezența de tutun în stomac și în intestin (în caz de ingerarea unei infuziuni sau înghițirea unui fragment din tutunul mestecat): limba tumefiată, mucoasa bucală și esofagiană cauterizată; mucoasa stomacului roșie, injectată, cu plăci vinete ori negricioase în vecinătatea pilorului; uneori hiperemia meningelor, congestia ficatului și a rinichilor; sângele fluid și negru.

c) **Identificarea.** — Se caută în diversele organe îndeosebi în stomac, intestin, plămân; in urină și în sânge.

II. Cafeina

Principiu activ al cafelei. cafeina e indicată in: cefalalgia nervoasă; afecțiunile miocardului, enterite. pneumonia, insuficiența renală: antidot al nicotinei. *Posologia:* 0.30—1.20 pe zi intern și 0.15—0.50 pe zi injecții *(adultul)*; 0.10 de an *(copilul)*.

Intoxicația se transmite sugaciului prin laptele mamei (doicii) care face abuz de cafea.

a) **Simptomele.** — I. In *intoxicația acută:* greață. vărsături, amețeli, tremurul membrelor, retenție urinară; pulsul mic, neregulat; colaps. — II. In *intoxicația cronică:* agitație, tremurături, amețeli, delir, palpitație.

Antidotul și tratamentul: vomitive. spălături stomacale cu acetat sau carbonat de sodiu. respirație artificială, inhalație cu nitrit de amil, morfină asociată cu atropină sulfurică (0.001), tonice, băi de aburi la șezut, comprese umede.

b) **Leziuni anatomice caracteristice nu există.**

c) **Identificarea:** nu rezistă mult putrefacției.

III. Secale cornutum-Ergotina

(Vezi și substanțele abortive la capitolul „Avortul").

Abortiv. Vaso-constrictor. hemostatic. antipiretic. substanța are următoarele *indicațiuni terapeutice:* hemoragii ale organelor interne. metrite cronice. fibromyom uterin, migrenă, tuse convulsivă. diabetul insipid. epilepsia, stările congestive. *Doza maximă a ergotinei:* 0.50 (1,50 pe zi) pentru *adult;* 0.10 de an pentru *copil. Doza maximă a secarei cornute:* 1 gr. (3—5 pe zi).

Intoxicația se poate produce și prin consumarea pâinii de secară (intoxicație colectivă notată de *Robertson — Ashby,* 1928).

a) **Simptomele cu secara cornută.** — I. *Intoxicația acută:* greață și vărsături, diaree, disfagie, sete, anxietate, sudori, încetinirea pulsului, dispnee, parestezie. turburări vizuale. convulsiuni și fenomene de paralizie, contracțiuni vasculare. hematurie. metroragie, avort. — II. *Intoxicația cronică:* gastro-enterita, dermatoze, tromboze, gangrena uscată (îndeosebi la extremități), parestezii cutanate, contracturi musculare, fenomene tabetiforme, convulsiuni epileptiforme.

b) **Simptomele intoxicării cu ergotina.** — I. In *forma acută:*

turburări vizuale, hebetudine; sensația că o insectă se mișcă pe sau sub piele; paralizie. — II. In *intoxicația cronică:* convulsii, fenomene nervoase diverse, amorțire, crampe. turburări circulatorii și vizuale, uneori gangrena.

Antidotul și tratamentul: vomitive, purgative, camforă. cafea, iod-iodurat, tinctură de iod, cloral, acid tanic, sulfat de sodiu sau de magneziu, uleiu de ricin. lapte mult, apă albuminoasă. astringente. ceaiu, cafea, alcool, eter, vin, acetat de amoniac, inhalațiuni cu cloroform, nitrit de amil; spălături opiacee pentru prevenirea avortului, dacă încă nu s'a produs.

c) **Leziunile anatomice** (în intoxicația cronică): hemoragii în majoritatea organelor interne. grave modificări vasculare, tromboze, gangrenă.

IV. Ruta graveolens

(Vezi și substanțele abortive la capitolul „Avortul").

Excitant local al mucoaselor. pulberea și esența sunt utilizate ca un emenagog și stimulent drastic al contracțiunilor uterine. abortiv. *Doza toxică* e cea superioară la 1—2 gr. pe zi.

a) **Simptomele**: sensație de arsuri pe căile digestive, sete, greață, vărsături, cefalee, vâjâituri în urechi, amețeli, halucinații vizuale. cianoză. scăderea temperaturii. puls mic, neregulat; lipotimie, accese epileptiforme, delir, strangurie, anurie.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale și intestinale, excitante cutanate. opiacee, stimulente, dușuri reci. apă albuminoasă. cafea. Să nu se dea alcoolice și uleioase cari dizolvă otrava.

b) **Autopsia:** hiperemia mucoasei stomacale.

V. Sabina

(Vezi și substanțele abortive la capitolul „Avortul").

Frunzele (somitățile ramurilor). Emenagog. Se intrebuințează și ca emetocatartic: 0.50—1 gr. pe zi (infuzii de 5%).

Extractul (din somitățile ramurilor). Emenagog. Aplicațiunea terapeutică: antihelmintic. antiparazitar. *Posologia:* 0,05—0.10 de 3—4 ori pe zi: *doza maximă* 0,20 (1 gr. pe zi).

a) **Simptomele:** sensație de arsuri în faringe și stomac, greață. vărsături. cefalee, colici. Scaune lichide (adesea sanguinolente), metroragie, contracțiuni uterine, nefrită. hematurie, respirație stertoroasă, uneori trism și tetanos. delir. pierderea cunoștinței, cianoză. scăderea temperaturii.

Antidotul și tratamentul: emetice. spălături stomacale și intestinale. apă albuminoasă. sinapisme, diuretice, comprese calde sau cataplasme pe abdomen.

b) **Autopsia:** hiperemia și inflamația mucoaselor, extravazate sanguine, degenerarea grăsoasă a organelor; nefrită, bronșită, infiltrate pneumonice.

VI. Chinina

Cel mai important principiu activ al chinei (quinquinei); se extrage din coaja diferitelor specii ale arborelui cinchona.

Sulfatul de chinină (75% chinină pură): cristali albi insolubili. Antitermic, anagelsic, emenagog, tonic, e indicat în bolile febrile, în infecțiuni, nevralgii, migrenă; are o acțiune specifică, preventivă și curativă, în paludism. *Doza:* 0,50—2—3—5 gr. pe zi pentru *adult*; pentru *copil:* 0,10 de an până la 5 ani; 0,40 dela 5 la 7 ani; 0,60 dela 7 la 10 ani; 1 gr. dela 10 la 15 ani.

a) **Etiologia.** Intoxicațiile pot fi datorite dozajului exagerat sau imprudenței bolnavului (moartea unei femei de 30 ani care, pentru a adormi, a luat 48 tablete à 5 gr. — *Raven*, 1927). Accidente datorite întrebuințării chininei în doze mari ca abortiv (3 cazuri de omorârea fătului în uter — *Gellhorn*, 1927). Intoxicația accidentală mai poate avea ca origine manipularea chininei în uzine și laboratorii. — *Sinuciderea* prin chinină e și ea destul de frecventă.

b) **Simptomele.** — I. *Intoxicația acută:* uscarea limbii și a gâtului, greață, vărsături, constipație urmată de fenomene de gastroenterită, amețeli, cefalee, beția chininică, vâjâituri în urechi, surditate, dilatația pupilară, halucinații, delir, încetinirea bătăilor inimii, turburări vizuale grave (caz de ambliopie — *Anastasoff*, 1928).

II. *Intoxicația cronică:* congestiunea feței și a gâtului, cu aspectul de impetigo sau de eczema; greață, simptome encefalice, amețeli. Dacă în momentul fenomenelor congestive se produce menstruția, tabloul clinic se agravează.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale iod-iodurat, tanin, cărbune animal, opiacee, camforă. In cazul că, în cursul intoxicației survine menstruația, se recurge la opoterapia ovariană.

c) **Leziunile anatomice** nu sunt apreciabile.

d) **Identificarea.** Se caută în urină, rinichi, sudoare și în materiile fecale. La femeea care alăptează se caută și în lapte.

VII. Aspirina

Acidul acetilo-salicilic. Cristali albi, greu solubili 1%. Antitermic, analgesic, antireumatismul. *Indicat* în: gripă, nevralgii, lumbago, reumatism. Doza maximă: 1 gr. (5 gr. pe zi) pentru *adult*; 0.10 gr. de an, numai după 1 an, pentru *copil*. *Doza letală* 20—30 gr.

a) **Etiologia:** accident, sinucidere; excepțional crima. *Balasz* (1928) publică o statistică de 616 cazuri de încercare de sinucidere cu cantități variind între 5 și 95 gr., însă cu numai 4 morți.

b) **Simptomele:** dureri de cap, arsuri stomacale, greață, amețeli, vâjâituri în urechi, slăbiciune generală; roșeața feței, pielea uscată, pulsul accelerat (100—130), albuminurie; excepțional cilindri, globule roșii și zahăr în urină; acidoza: respirația adâncă, tremurături, halucinație, delir, insomnie, tuse, frisoane, exanteme, edeme.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale, purgative. bicarbonat de sodiu. apă albuminoasă lapte de magnesie. zaharat de calciu. emoliente. alcoolice.

c) **Leziunile anatomice:** sufuziuni sanguine ale mucoaselor, hemoragie în mucoasa stomacală.

VIII. Emetina

Pulbere cenușie. insolubilă. Vomitiv. expectorant. antipiretic: disenteria amoebiană, hemoptiziile. Dozele: *intern* 0.005—0,01, *injecție hipodermică* 0.06—0,10 in 2 rânduri (6—8 zile) pentru *adult*, pentru *copil*: 0,005 la sugaci și 0,01 pe zi sub 4—5 ani.

a) **Etiologia.** — Accidente medicamentoase; accidente datorite manipulării soluțiilor de emetină (cazuri semnalate de *Rahten* — 1927, *Rousselier* — 1928).

b) **Simptomele:** amețeli, vărsături, crampe, nevralgie. parezie musculară. slăbirea reflexelor, dispnee, hipotensiune, stare sincopală. In manipularea soluțiunilor de emetină se poate nota: umflarea feței, edem al pleoapelor, mâncărime, eczema.

Antidotul și tratamentul: spălături stomacale și tratament simptomatic.

IX. Colchicina

Alcaloid extras din *colchicum autumnale* (brândușa de toamnă. brândușa morților, brândușeii. bălura, ceapa ciorii, rusceaua de poiană).

Cristali albi, insolubili. *Indicațiuni terapeutice:* congestia cerebrală. reumatismul. guta, sciatica cronică. *Doza toxică* 0.04—0.05 gr.; *doza letală* 0.07—0.08 gr., dar poate fi cu mult mai mică. după susceptibilitatea individuală.

a) **Etiologia:** intoxicație medicamentoasă, sinucidere, crimă.

b) **Simptomele:** sensație de căldură și de constricție în gât. salivație abundentă. vărsături. diaree holeriformă (violente dureri abdominale); hematemesă, melena; slăbirea mișcărilor respiratorii și a bătăilor inimii. scăderea temperaturii. oligurie până la anurie, tremurături și convulsiuni tetanice. cianoza. Moartea în 20—30 ore, iar când e tardivă, e precedată de o disenterie cronică.

Antidotul și tratamentul: vomitive (sulfat de cupru. sulfat de zinc), cafea tare, tanin. lapte cald. ghiață, sinapisme, lipitori. ventuze scarificate. comprese calde și umede în regiunea epigastrică și pe abdomen: diuretice (tartrat borico-potasic), stimulente. opiacee.

c) **Leziunile anatomice:** mucoasa duodenului injectată și ramolită: congestia creerului și a măduvei; mucoasa vesicală injectată. rinichii edematiați; ulcerații rotunjite, gălbui, în duoden; sângele din inimă e fluid și negru.

d) **Identificarea.** Rezistă putrefacției și se caută în ficat, splină. pancreas și rinichi (unde nu se găsesc decât urme).

X. Veratrum-Veratrina

Principiul activ e veratrina care se extrage din rădăcina de *veratrum* (ştergoaca. strigoaca. eleborul alb) şi *vertratum officinalis* (popazul).

Indicat in reumatism. gută, nevralgie. bolile cordului. Doza maximă 0.005 (0.01 pe zi).

a) **Etiologia:** accident medicamentos, sinucidere. crimă.

b) **Simptomele:** strănut violent. iritarea mucoaselor cu vesicare. salivaţie, greaţă, dureri în gât şi in tubul digestiv, vărsături, diaree. contracţiuni cardiace, cefalee, ameţeli. paloarea feţei, încetinirea pulsului şi a respiraţiei, dilataţia pupilară, turburări auditive, delir. somnolenţă, convulsiuni. Moartea în 3—12 ore.

Antidotul şi tratamentul: emetice, analeptice. alcoolice, camforă. opiu, pompă stomacală. liquor amonii anisi, tanin, cafea, iod iodurat, clorură de potasiu (2.50 gr. intravenos), eter. ceaiu. cearşafuri calde: decubitus dorsal.

c) **Leziunile anatomice:** hiperemia mucoasei gastrice şi intestinale, hiperemia creerului, a plămânilor şi a rinichilor.

d) **Identificarea.** Se caută în vărsături, urină, sânge. în stomac şi începutul intestinului subţire.

XI. Cucuta-Cicutina (conicina)

Principiul activ e cicutina (conicina). alcaloid extras din frunzele şi fructele cucutei (bucinişul, dudaia), din care există trei specii. tus-trele otrăvitoare: cucuta mare. cucuta mică şi cucuta de apă.

Lichid incolor, uleios. insolubil. Otravă foarte violentă. cu acţiunea rapidă a acidului cianhidric. Indicaţiunile terapeutice ale cicutinei (coniinum purum sau bromatum)· tusea convulsivă, astma. sciatica. tetanos. *Doza letală* 0.02—0.04.

a) **Etiologia:** accidentul (medicamentos); sinuciderea. crima.

b) **Simptomele:** greaţă, vărsături. colici. diaree. puls mic intermitent. respiraţia accelerată, paloarea feţei cu buzele învineţite, pupilele dilatate şi fixe. senzaţie de frig. ameţeli. turburări vizuale şi auditive, paralizia întinzându-se dela membrele inferioare. Moartea, uneori precedată de convulsiuni epileptiforme. se produce în 3—6 ore.

Antidotul şi tratamentul: vomitive. respiraţie artificială, tanin (0 30 la fiece 15 minute). cafea. ghiaţă, analeptice. strichnină. opiu. fricţiuni. lapte mult. inhalaţii de cloroform.

c) **Autopsia:** extravazate şi pete cutanate: sufuziuni sanguine pe mucoasa tubului digestiv, pe seroase. plămâni; putrefacţia rapidă.

d) **Identificarea.** Se caută în conţinutul stomacal şi intestinal, în sânge.

XII. Phytolacca decandra

Gravele efecte toxice ale acestei plante, în care se găseşte un principiu analog cu picrotoxina (administrată la ţară sub formă de macerare în vin) au fost îndeosebi studiate, la noi, acum 36 ani (*Mina Minovici*, 1894; „Otrăvirile cu Phytolacca decandra"). Țăranul o confundă cu rădăcina de cârmâz. Moartea se produce în câteva ore.

a) **Etiologia**: leac băbesc (numeroase cazuri mortale examinate la Institutul Medico-Legal din Bucureşti); confuzia plantei cu hreanul (o otrăvire colectivă de 9 persoane); vinul colorat cu phytolacca decandra; otrăvirea indirectă (prin carnea de porumbei cari mănâncă din fructele plantei — *Endlicher*).

b) **Simptomele**: vărsături, diaree, convulsiuni.

XIII. Picrotoxina

Alcaloid extras din fructul de măslad (cocculs suberosus).

Antiepileptic, antispasmodic, nervin. Indicat ca antidot în otrăvirile cu cloral. Doza toxică 0,02.

a) **Simptomele**: salivaţie, vărsături, diaree, transpiraţie abundentă, turburări cardiace, halucinaţii, delir, somnolenţă, convulsiuni.

b) **Antidotul şi tratamentul**: emetice, pompă stomacală, analeptice, narcoză cloroformică, comprese calde pe abdomen, comprese reci la cap, opiacee, cloral (intravenos), tonice, bromuri, diuretice.

XIV. Nucşoara

Principiul activ e un alcaloid care se găseşte în seminţele aromatice ale arborelui *myristica fragrans* sau *myristica moschata* şi în „frunzişoara" — coaja cărnoasă a seminţelor de myristica fragrans.

Un caz mortal al unei femei de 25 ani care, la finele lunii a 2-a a sarcinii, şi-a introdus pe col, în scop de a avorta, o nucşoară. Moartea în 26 ore (*Bonachi-Vasiliu* — 1927).

XV. Eserina

Principiul activ extras din seminţele de calabar.

Toxic foarte puternic, mai ales în injecţii. Laxativ, stimulent, analgesic, antitetanic: antidot al strichninei. Dozajul pentru adult: 0,0005—0,001 de 2 ori pe zi intern; 0,000025—0,00005 în injecţii subcutanate. Doza periculoasă: 0,005.

a) **Simptomele**: ptialism, gastralgie, vărsături, diaree, puls mic, lipotimie, dispnee, rigiditate musculară spasmodică, cianoza feţei, convulsiuni.

Antidotul şi tratamentul: vomitive, purgative, stimulente, excitante cutanate, atropină, cloral, respiraţie artificială.

c) **Leziuni anatomice** caracteristice nu sunt.

d) **Identificarea**. Se caută în salivă şi în tubul digestiv. Nu prea rezistă putrefacţiei.

XVI. Strofantina

Principiu activ al seminţelor de strofant.

Tonic cardiac; acţiune diuretică mică; antidispneic, îndeosebi în asistolie. Succedaneu al digitalei, dar nu se acumulează ca aceasta în organism

Posologia: 0,01—0,05. Doza maximă 0,02 (0,06 gr. pe zi).

a) **Simptomele:** greață, vărsături, diaree, colaps, cefalee, vâjâituri în urechi, mișcări spasmodice, paralizie cardiacă.

b) **Antidotul și tratamentul:** emetice, pompă stomacală, tanin opiu, cafea, alcool.

9. Ciupercile

Principiul toxic activ il constitue phallina și muscarina.

Etiologia. — Numai excepțional se poate înregistra o otrăvire *criminală*. In marea majoritate a cazurilor intoxicația e datorită *accidentului*, adică ignoranței consumatorului, care nu e în stare să deosebească ciupercile comestibile de cele veninoase.

Bureții comestibili: buretele bălos (agaricus eburneus), buretele creț (hydnum corolloides), buretele de nuc cunoscut și sub numele de păstrăv de nuc (boletus squamosus), buretele de spin (agaricus alutaceus), pălăria șarpelui (agaricus procerus), buretele oilor (polyporus confluens), buretele vacii (lactarius subdulcis), bureții călugărești (polyporus frondosus), bureții de conopidă (clavarie corolloides), bureții de mesteacăn (cortinarius cinnamomeus), bureții de prund (collybia esculenta), bureții floroși (lactarius torminosus), bureții galbeni (cantharelus cibarius), bureții vineți (cortinarius violaceus), iuțarii (lactarius piperatus), ciuciuleții (scorodonius), râșcovii (lactarius deliciosus), barba caprei (clavaria flava), sbârciogii grași (helvella esculenta), buretele boilor (boletus bovinus), ciuciulenii (agaricus cinnamomeus), hiribele (boletus pachypus), ciuperca obicinuită (agaricus arvensis, pratensis, sylvaticus), ciuperca de gunoiu (agaricus campestris), mânătărcile (boletus edulis).

Bureții otrăvitori: buretele de stejar (boletus purpureus), buretele roșu sau bribul țigănesc (boletus satanas), buretele cerbilor sau beșina porcului (scleroderma vulgare), bureții pestriți sau bureții șerpești (amanita muscaria).

a) **Simptomele**, cari apar la câteva ore după ingerare (10—24—36) sunt: vărsături aposo-mucoase, uneori sanguinolente; diaree, sudori reci, sete mare, salivație, lăcrimare, dilatația pupilară, cefalalgie, delir, țipete, somnolență, convulsiuni, hematurie, albuminurie; mai întâiu accelerarea apoi încetinirea mișcărilor respiratorii, încetinirea pulsului, oprirea inimii în diastolă. Moartea în 2—3 zile, excepțional în 2—3 săptămâni.

Antidotul și tratamentul: vomitive, spălături stomacale, ipeca, tartru stibiat, clorhidrat de apomorfină, purgative (sulfatul de sodiu sau de magnesiu), cărbune animal, injecții intravenoase și subcutanate de ser fiziologic, tisane diuretice, lactosa, acetatul, nitratul, bicarbonatul sau sulfatul de potasiu; fricțiuni uscate, flagelare, eter, cafea, acetat de amoniac, injecție de cafeină.

b) **Autopsia:** rapida dispariție a rigidității cadaverice; congestia meningelor; hemoragii subpleurale, pulmonare, hepatice și intestinale; sufuziuni sanguine în țesutul celular al gâtului; gastrită cu formare de plăci de gangrenă; degenerescența grăsoasă a limbii, miocardului, ficatului, rinichilor și diafragmei. Sângele, fluid, e colorat în sepia.

F. Alcaloizii cadaverici (Ptomainele)

In preliminarele vastului capitol al otrăvirilor şi anume la „Diagnosticul otrăvii", spuneam că, între altele, expertul are să ţină seama atât de otrăvurile cari se găsesc normal în organismul viu, cât şi de acele ale putrefacţiei, cari, prin reacţiunile lor, au o foarte mare asemănare, uneori până la confuzie, cu alcaloizii vegetali.

Alcaloizii formaţi în timpul vieţii — *leucomainele* — sunt un produs al combustiunii vitale şi, atunci când există în mare abundenţă, pot deveni toxici. Leucomainele — xantina, carnina, theobromina, cafeina, creatina, nevrina, cholina, muscarina, spermina — se formează în ţesuturile fragede, prin desasimilarea substanţelor albuminoide, şi în urină. Studiul lor, însă, are mai mult un interes biologic la care expertiza medico-legală nu prea are ocazie să se refere.

Dimpotrivă, alcaloizii de formaţiune post-mortală — produs al fermentaţiunii putride a materiilor albuminoase ale corpului sub acţiunea microbilor — *ptomainele* pun la grea încercare demonstraţia expertului, când e vorba de determinarea otrăvii în caz de moarte suspectă.

Pentrucă, ptomaine, cu proprietăţi nu numai analoage dar chiar identice cu acele ale unor anumite specii de alcaloizi vegetali, se pot identifica nu numai în morţile violente în cari intervenţia unui toxic e exclusă, dar şi în cadavrul unui individ a cărui *moarte naturală* nu suferă nici o discuţiune. Fără exagerare putem afirma, că mai nu există alcaloid vegetal care să nu-şi aiba perechea în grupul ptomainelor. Ca să nu dăm decât câteva exemple: ptomaina identificată de *Zuelger* şi *Sonnenschein* (1869) avea efectul atropinei; cea izolată de *Koersch* şi *Fassbinder* simula digitalina; *Brouardel, Ogier* şi *Pouchet* au extras din viscerele unui individ mort de moarte naturală un alcaloid cu reacţiunile colchicinei. *Selmi* (1870) a caracterizat o ptomaină cu proprietăţi diferite de acele ale tuturor alcaloizilor vegetali cunoscuţi. *Brouardel* şi *Boutmy* au identificat o ptomaină analoagă *veratrinei*, în cadavrele a doi indivizi, unul otrăvit cu acidul prusic, iar celalt cu oxidul de carbon. Aceeaş ptomaină s'a găsit în cadavrul unui intoxicat cu arsenic. Acum în urmă, *Malitsky* a izbutit să izoleze o ptomaină *absolut identică* veratrinei şi susceptibilă şi de proba fiziologică a acesteia.

Chestiunea, precum se vede, crează expertizei medico-legale greutăţi aproape de neînvins, oridecâteori e de a se diagnostica moartea consecutivă intoxicaţiei cu un alcaloid vegetal. Ea ne-a preocupat de mult (*Mina Minovici*: „Etude médico-légale sur les alcaloïdes cadavériques", 1888; *Mina Minovici* şi *Ogier*: „De l'influence des alcaloïdes cadavériques dans la recherche toxicologique des alcaloïdes végétaux" 1891) şi ne-am străduit să luminăm calea omului artei care a primit însărcinarea de a diagnostica o otrăvire.

⁂

Ptomainele identificate pe cadavru pot avea o îndoită obârşie: 1) ele provin dela substanţele alimentare ingerate în stare de descompunere mai mult sau mai puţin înaintată (şuncă, pateuri, păsări tăiate, etc.); 2) alcaloizii identificaţi sunt un produs al putrefacţiei cadavrului examinat. Ptomainele toxice nu se desvoltă decât începând cu a 7-a zi dela moarte; până atunci apar treptat cholina, neuridina, cadaverina şi putrescina — *alcaloizi cadaverici inofensivi*.

Proporţia de ptomaine depinde, fireşte, de gradul putrefacţiei; e, însă de observat, că linia ascendentă se frânge la o anumită fază a descompunerii, spre a coborî, marcând astfel începutul deficitar în producerea alcaloizilor cadaverici. Maximul de ptomaine pare a se găsi la cadavrele conservate 8—20 zile, la o temperatură mijlocie. Aceasta numai teoretic, pentrucă, după cum vom vedea la studiul putrefacţiei, sunt numeroşi factori cari influenţează mersul acesteia şi deci constituirea diverselor ptomaine. Dintre aceşti factori notăm ca mai hotărâtori: 1) *mediul* — prezenţa substanţelor hidrocarbonate, alături de cele organice azotate, întârzie putrefacţia, 2) *speciile de microbi* cari variază produsele putrefacţiei; 3) *acţiunea oxigenului* — aerobiosa şi anaerobiosa (microbii putrefacţiei cari nu pot trăi decât în contactul cu aerul şi microbii pe cari oxigenul îi omoară).

Natura ptomainelor fiind în funcţiune de specia de microbi ai putrefacţiei, urmează că la fiecare din fazele acesteia va corespunde şi un gen de alcaloizi cadaverici. Dar aceştia, după cum pentru întâia oară a demonstrat-o *Brieger*, nu au o viaţă permanentă şi nici nu rămân în proporţia iniţială: cele mai multe ptomaine dispar cu timpul, făcând loc altora; unele baze, la început în cantitate mică, sporesc în măsura dispariţiei altor baze. Iar concluzia lucrărilor noastre de laborator e, că un mare număr de ptomaine nu constitue baze sau săruri unice şi perfect caracterizate, ci asociaţiuni ale mai multor baze sau săruri, a căror separaţie completă e anevoioasă sau chiar imposibilă cu reactivii ce chimia îi are la îndemână.

Oricum, graţie legii lui Brieger şi observaţiei lui *Maus* şi *Lebon*, că lichidele cadaverice sunt cu atât mai toxice cu cât sunt mai proaspete, expertiza medico-legală dispune de criterii pentru identificarea speciei de ptomaine după intervalul scurs dela data morţii. Astfel că, găsind în cadavrul examinat un alcaloid care n'a avut vreme să se formeze în faza respectivă a putrefacţiei, vom putea cu siguranţă afirma că el nu e un produs al acesteia.

Există însă o posibilitate de interpretare eronată: atunci când ptomaina identificată ar putea proveni dela ingerarea unei substanțe alimentare, putrefiate sau toxică în esența ei: toxinele din carnea, brânza, peștele avariat; toxinele din untura de peşte, din scoici; alcaloizii din ciuperci, din țesuturile animale fragede, din unele vegetale comestibile, etc.

Dar chiar atunci când e neîndoios că moartea e datorită unei intoxicații cu un alcaloid vegetal, diagnosticul chimic e îngreuiat de prezența ptomainei care stingherește reacțiunile proprii toxicului de origine vegetală. Iar separarea complectă a alcaloidului vegetal de cel cadaveric e de multe ori o imposibilitate absolută. Să examinăm un extras conținând, de exemplu, o urmă de morfină asociată cu o ptomaină: tratând extrasul cu sulfomolibdat de sodiu, se poate întâmpla ca nuanța brună mai mult sau mai puțin intensă produsă de acțiunea reactivului asupra ptomainei să mascheze colorațiunea violetă ce aceeaş reacțiune o dă cu morfina.

Ar urma deci, ca expertiza medico-legală să fie cu totul dezarmată față de acțiunea de mistificare a ptomainelor? Nu. Acțiunea ucigătoare neîndoioasă a alcaloidului vegetal *introdus în organismul viu* se poate demonstra, dacă analiza chimică e practicată asupra unor viscere *neputrefiate*. Adică atunci când investigația chimică are de obiect fragmente de organe examinate imediat după prelevarea lor dela un cadavru proaspăt sau conservate în alcool pur 95°. In plus, simptomele observate înainte de moarte și leziunile anatomice trebuie să concorde cu efectele alcaloidului izolat.

Dacă însă simptomele și leziunile anatomice nu caracterizează nici un alcaloid vegetal cunoscut și cu toate acestea analiza chimică dă o reacțiune alcaloidă, expertul trebue să admită fie moartea naturală, fie eventualitatea unei intoxicațiuni cu substanțe alimentare conținând ptomaine cari dau reacțiunea alcaloidă. Această din urmă ipoteză se poate confirma, atunci când împrejurările o îngădue, prin identificarea ptomainei incriminate în substanța alimentară ingerată înainte de moarte.

⁂

In ordinea constituirii lor, notăm cu principale ptomaine: *cholina* care apare în prima zi după moarte și persistă aproape șapte zile; după cholina se formează *cadaverina, putrescina* și *saprina;* în a treia săptămână a putrefacției se constitue *mydaleina*.

După grupul chimic căruia aparțin, alcaloizii cadaverici sunt: *amine* (cadaverina și putrescina); *neurine* (neuridina și muscarina); *amide* (leucina, tirozina, guanidina); *aromatice* (colidina, parvolina); *proteine, toxalbumine* cari se găsesc în descompunerile provocate de microbii saprofiți, dar sunt mai cu seamă rezultatul activității specifice a bacteriilor patogene (tetanos, difteria).

Ptomainele ce se pot identifica în cadavru aparțin la trei clase: seria hidropiridică, seria piridică și seria betainei și a nevrinei.

I. Grupul hidropiridic e acela al alcaloizilor lichizi, volatili, foarte repede oxidabili. Ptomainele acestea nu există decât la începutul putrefacției și în mică proporție în produsele acesteia și în umorile normale de excrețiune.

II. Grupul piridic e asemănător celui dintâiu, dar se diferențiază de el prin marea stabilitate a alcaloizilor cari îl compun și cari se găsesc în cantitate relativ mare în urina patologică, în fecale și produsele putrefacției.

III. Grupul alcaloizilor ficși oxigenați, dar tot atât de ușor alterabili și cari se găsesc în produsele putrefacției înaintate.

G. Intoxicațiunile alimentare

Sunt otrăvirile în cari fenomenele morbide, încheiate ori nu cu moartea, au ca punct de plecare gravele turburări produse în organism pe deoparte de toxicele conținute în alimente în stare normală, în stare de preparare sau de conservare, iar pe de alta de toxinele secretate de bacili (leucomainele și mai ales ptomainele) și cari au pătruns pe calea ingerării substanțelor alimentare latent infectate sau evident avariate. E vorba dar de alimente nocive prin virusul chimic preexistent ori de auto-fabricație, sau prin virusul chimic care le-a fost comunicat pe cale de contaminare (dela persoanele cari le manipulează ori le debitează, dela mediul ori recipientele în cari sunt ținute). E intoxicație alimentară oridecâteori putem identifica, în dejecțiunile și organele examinate, virusul chimic specific care alterează substanțele alimentare, făcându-le nu numai inasimilabile, dar încă pernicioase economiei vitale a organismului.

Astfel definită, intoxicația alimentară se diferențiază net de o infecție pe cale alimentară, care e contractarea unei boli infecțioase prin consumarea unor substanțe corupte de germeni de infecțiune microbiană specifică (morva, cărbunele bacteridian, tuberculoza, turbarea, trichinosa, bacilii tifici din ghiața naturală sau artificială, etc.).

Intoxicația fiind posibilă cu orice substanță conținând un virus chimic, o vom nota nu numai în hrănirea cu carnea sub orice formă alterată, purtătoare de alcaloizi ai putrefacției animale, dar și în consumarea diverselor substanțe din tabloul alimentar: pește, crustacee, scoici, stridii, ciuperci, căpșuni, fragi, cartofi, fasole, vegetale conservate (inclusiv măslinele), porumb, paste făinoase, prăjituri, creme, înghețată de vanilie, ouă, brânză, lapte, etc.

Deoarece microbii producători de leucomaine și ptomaine nu sunt termostabili, vom înregistra intoxicațiuni nu numai cu substanțe alimentare crude, dar și cu cele fierte: întâiu, pentrucă e o iluzie că, fierte, carnea și mezelurile ar fi perfect sterilizate; în al doilea loc, chiar sterilizate, alimentele, în contact cu aerul, se infectează din nou.

Spre a încheia cu aceste generalități asupra intoxicațiunii alimentare, vom mai observa că aceeaș substanță, ingerată de diverse persoane, produce efecte diferite ca intensitate; ba, se poate chiar întâmpla, ca la unii să nu se manifeste nici un simptom de otrăvire. Aceasta se explică prin influența condițiunilor individuale, în particular aceea a idiosincrasiei alimentare. Sunt persoane indeosebi sensibile la substanțe alimentare (crustacee, scoici, stridii, ouă, lapte, căpșune, fragi, etc.) în cari proporția de alcaloizi nu e de natură să deslănțue fenomenele intoxicației intr'un organism normal. Azistăm la un șoc anafilactic, uneori cu desnodământ catastrofal, la toate vârstele, dar mai ales la copii. Intoxicația aceasta cu caracter pur individual se traduce, imediat după absorbțiune, prin: urticaria, vărsături, colici cu diaree, dispnee, turburări nervoase.

A. Etiologia intoxicațiunilor alimentare

I. Carnea

a) **Carnea proaspătă:** fie că baccilii producători de toxine se găseau deacum in animal inainte de tăiere, fie că ulterior carnea s'a alterat. Firește că o carne crudă va fi mai primejdioasă decât o carne fiartă sau friptă, deoarece baccilii nu rezistă mai mult de 13 minute la o temperatură de 63° și de 10 minute la una dela 70° în sus. Dar, chiar fiartă sau friptă, carnea proaspătă tot *conservă toxinele*, pentrucă acestea rezistă acțiunii căldurii.

1. *Etiologia infecțiunii:* carnea de vacă atinsă de metrită, infecțiuni puerperale, diaree; carnea de vițel care a suferit de diaree sau enterită, septicemie, pioemie, flebita ombilicală, artrita supurată; carnea de porc atins de pneumo-enterita sau de holera.

2. *Simptomele:* vărsături, febră ușoară, colici, diaree sau din contră tenesm rectal și vesical; în forma gastro-enteritică scaunele sunt sanguinolente sau lichide, riziforme, însoțite de crampe violente și de algiditate ca în holeră; dilatația pupilară, ptosis, obnubilare, prostrație; erupțiuni cutanate urmate de desquamare, icter (excepțional), albuminurie. Tabloul acesta clinic nu se notează complect în orice intoxicație cu carnea proaspătă contaminată; în multe cazuri (depinde de condițiunile individuale) lipsesc turburările nervoase, erupțiunile cutanate, icterul și fenomenele de nefrită hemoragică.

3. *Leziunile anatomice.* — I. In *moartea rapidă:* inflamația mucoasei tubului digestiv, plăci hemoragice pe mucoasa stomacului, miocardita acută, degenerescența grăsoasă a ficatului, hipertrofia splinei, leziuni nefritice. — II. In *moartea tardivă:* echimoze subpleurale, ulcerațiuni ale stomacului și intestinului (îndeosebi la intestinul gros), hipertrofia ficatului, splinei și a ganglionilor mesenterici.

b) **Carnea stricată:** o atare carne, mai mult sau mai puțin cotropită de ptomainele fermentaţiunii putride, va constitui, natural, o cauză de intoxicare cu o virulenţă mult mai mare decât carnea proaspătă. Tabloul clinic şi tabloul leziunilor anatomice sunt aceleaşi ca şi pentru carnea proaspătă provenind dela un animal bolnav.

c) **Carnea lucrată:** tocătura, cârnaţii, cartaboşii, salamul, toba, pateurile, pastrama, şunca. Infecţiunea poate data dinainte (carne proaspătă sau avariată) sau după preparare (şuncă, pateuri, mezeluri mucegăite). Foarte frecvent se înregistrează intoxicaţii colective (94 persoane intoxicate cu tocătură de carne de porc în care, la examen, s'au găsit bacilul ciumii porcine, colibacterii şi ptomaine — *Gruettner*, 1927).

Simptomele şi *leziunile anatomice* sunt ca şi ale cărnii proaspete sau avariate.

d) **Conservele de carne.** Acţiunea toxică poate avea două explicaţii: sau carnea, în momentul preparării, era deacum contaminată şi a trecut prea multă vreme între sterilizare şi punerea în cutie; sau, cutia odată deschisă, întreg conţinutul ei n'a fost consumat, iar restul, în contact cu aerul, s'a infectat.

II. Peştele, crustaceele, scoicile, stridiile

Etiologia, fenomenele morbide şi leziunile anatomice sunt aproape aceleaşi ca la intoxicaţia cu carne (In Iulie 1927, pe coasta Californiei, s'a înregistrat o intoxicaţie în masă de 102 persoane — cu 6 cazuri mortale — cu scoici din epoca prăsirii — *Meyer*, 1928).

III. Ciupercile

Odată din specia celor otrăvitoare (vezi: alcaloizii vegetali), ciupercile rămân toxice şi în stare de conservare fragedă sau uscată. (Recent de tot, în Octombrie 1930, în comuna Măgurele, Prahova, am avut de înregistrat o intoxicaţie colectivă de 7 persoane, dintre cari trei au murit).

Pentru simptome şi leziuni anatomice, vezi alcaloizii vegetali (phallina şi muscarina).

IV. Laptele, brânza, ouăle, prăjiturile cu cremă, îngheţata, ghiaţa

In laptele stricat s'au identificat (*Flügge* şi *Lubert*) 12 specii de microbi anaerobi, ai căror spori rezistă la o temperatură de 100°, iar toxinele sunt foarte virulente. — O intoxicaţie cu lapte nefiert, în care s'a identificat bacillus abortus Bang (*Fleischmann*, 1929).

Brânza vechie, mucegăită, cu abundenţă de toxine, cauzează şi ea frecvent intoxicaţii (4 persoane, cari au mâncat din aceeaş brânză vechie de 3 luni, s'au îmbolnăvit cu aceleaşi simptome: vărsături, diaree, puls accelerat şi mic, paloarea feţei, dilataţia pupilară, fără reacţiune la lumină — *Cleyndert*, 1927).

Ouăle vechi. Consumarea lor provoacă, la unele persoane susceptibile, îndeosebi la copii, prurit și insomnie.

Prăjiturile cu cremă provoacă intoxicația prin toxinele ce se găsesc fie în ouăle fie in laptele care a servit la prepararea cremei.

Ingheţata, în prepararea căreia intră lapte și ouă, poate deasemenea fi cauză de intoxicație alimentară.

Ghiaţa naturală și artificială, consumată direct ori în băutură, din cauza impurităţilor ei, e uneori o cauză de intoxicaţie (o intoxicaţie colectivă de 87 persoane — *Braun-Muendel*, 1927).

B. Tabloul clinic

După tabloul clinic ce-l oferă, intoxicaţiile alimentare se prezintă sub două forme: aceea a botulismului și forma net gastro-intestinală.

1. Botulismul

E intoxicaţia provocată de toxinul *botulina* secretat, în organismul în care pătrunde, de un microb anaerob bacillus botulinus, identificat de *Van Ermengen*. Virulenţa e cu atât mai mare cu cât rezistenţa organismului e mai slăbită de acţiunea leucomainelor preexistente ca produs al deshidratării vitale.

Botulismul (allantiasis) nu e specific cărnurilor avariate, ci oricărei substanţe alimentare conservate pe cari bacilul lui Van Ermengen și-a fixat domiciliul. Dar pentrucă ravagiile cele mai mari, în momentul descrierii lui, botulismul le-a făcut sub forma consumării de carne tocată (cârnaţi), Germanii i-au dat numele specific de *Wurstvergiftung*.

a) Etiologia. — Accidentele botulinice se înregistrează mai ales după consumarea cărnurilor preparate (cârnaţi, tobă, salam, pastramă, şuncă, conserve de carne și de pește).

b) Simptomele — cari sunt sau acelea ale unora dintre gravele afecţiuni nervoase sau ale intoxicaţiei cu belladona — încep să se manifeste, de regulă, în intervalul de 12—24 ore dela ingerare, excepţional mult mai de vreme (o oră sau chiar numai o jumătate de oră), sau foarte târziu, abea după 2—9 zile.

Intâiu se notează: indispoziţie generală; greaţă, vărsături, pântecele umflat, destins și dureros, diaree ușoară și de scurtă durată, care face numai decât loc unei constipaţii care nu va mai dispare depe tablou.

Apoi se desinează tabloul clinic propriu botulismului: uscăciune în gură, imflamaţia mucoasei bucale, imflamaţia amigdalelor acoperite cu un exudat pseudo-membranos, constricţiunea gâtului, disfagie; cefalalgie, ameţeli, nesiguranţă în mers; dilataţia și fixitatea pupilară, paralizia acomodării, ptosis, diplopie, strabism, împăiejenirea vederii care se poate agrava până la orbirea totală.

In faza a treia: parezii, crampe musculare, masticaţie anevoioasă, reducerea sau abolirea acuităţii auditive, respiraţia neregulată, dispneică; anxietate precordială; afonie; tuse crupală; accese de lipotimie, pulsul slab (50—60 pe minut), constipaţie rebelă.

Moartea, după violenţa intoxicaţiei, se produce sau în interval de 24 ore sau abea între a 10—a şi a 20-a zi.

Salvat, intoxicatul rămâne timp de săptămâni într'o stare de debilitate extremă.

Antidotul şi tratamentul: purgative saline, injecţii rectale şi subcutanate de ser fiziologic, injecţii de strichnină.

II. Forma gastro-intestinală

Intoxicaţia e cauzată de toxinele secretate de bacili înrudiţi cu bacilii paratifici: bacillus enteridis al lui *Gaertner* şi bacilul lui *Nobile*. Efectul se produce, de regulă, în interval de 12—36 ore; în cazuri grave numai după o oră dela ingerare sau chiar fulgerător (îngheţată cu vanilie); în intoxicaţia mai puţin virulentă, simptomele se manifestă abea după 3—4 zile.

Precedate în general de o perioadă de incubaţie, simptomele isbucnesc cu violenţă sub trei forme distincte: gastro-enterita simplă, procesul holeriform, aspectul tifoid.

1. **Forma gastro-enteritei simple** e cea mai frecventă şi are următorul tablou clinic: cefalee, oboseală generală, colici, diaree disenteriformă, vărsături (uneori sanguinolente), febră. Evoluţia durează 2—28 zile, iar convalescenţa e de câteva săptămâni.

2. **Forma de holera nostras**: o succesiune vertiginoasă de scaune apoase sau riziforme (10—30 în 24 ore), vărsături incoercibile, paloarea feţei, pulsul mic şi rapid, lipotimie, prostraţie; temperatura, variabilă la început, scade sub normal; erupţiuni cutanate (pete rozate, exantem simplu, purpura, herpes, desquamare), icterul (excepţional). — Evoluţia rapidă se face în 24—36 ore; cea obicinuită e de câteva zile şi numai rareori mai mult de o săptămână.

3. **Forma tifoidă** are tabloul clinic şi evoluţia tifosului.

Tratamentul e cel simptomatic.

C. Diagnosticul intoxicaţiei alimentare

Elementul diferenţierii simptomatologice a botulismului de forma gastro-intestinală îl constituie predominarea, în cel dintâiu, a fenomenelor nervoase, cari însoţesc turburările digestive, turburările cardiace şi respiratorii precum şi cele urinare.

Deoarece două din formele tabloului gastro-intestinal seamănă una cu holera iar cealaltă cu tifosul abdominal, expertul le va diferenţia ştiind că, în holera asiatică, timpul de incubare e de 12—48 ore, iar în tifosul abdominal intervalul incubatoriu poate fi până la 3 săptămâni.

Leziunile anatomice putând fi banale — acele ale oricărei infecţiuni —, diagnosticul intoxicaţiei alimentare e bazat pe examenul bacteriologic şi pe proba fiziologică.

Se examinează conţinutul stomacal, vărsăturile, fecalele, urina, sângele; se caută la microscop modificări în ţesutul sistemului nervos central (zona oculo-motrice, puntea şi măduva prelungită).

H. Otrăvurile din regnul animal

1. Cantaridina

Toxicul e principiul activ al cantaridelor (gândăceii verzi, gândăceii de frasin, gândăceii de turbă); cantaridina se găseşte în pulberea sau tinctura cantaridină.

Stimulent şi vesicant, are următoarele *indicaţiuni terapeutice:* lupus, tuberculoza pulmonară, cistita, morbul lui Bright. *Doza letală* 0.05 gr.

Ca *leac băbesc:* pomadă contra râiei.

Ca *afrodisiac* cantaridina cauzează accidente grave, de multe ori mortale. Aceleaşi efecte le are şi ca *abortiv.*

Etiologia. — 1. *Crima:* introducerea pulberei sau a tincturei în şocoladă, bomboane, dulceaţă sau aşa zisele filtruri erotizante. — 2. *Sinuciderea* e rară. — 3. *Accidentul* e cel mai frecvent. Se înregistrează şi în aplicaţiunile terapeutice (plastru sau intern), îndeosebi la persoanele cu rinichii lezaţi. Dar cele mai multe accidente sunt cele consecutive ingerării cantaridei ca afrodisiac şi ca abortiv.

a) **Simptomele:** senzaţie de arsură pe buze, limbă şi tubul digestiv; congestia feţei, salivaţie, cefalee violentă, vărsături sanguinolente, crampe, diaree; nefrita cantaridinică, jenă respiratorie; congestia organelor genito-urinare cu meatul inflamat ca în urma unei arsuri cu un fier înroşit în foc; sforţarea continuă dureroasă de a urina şi care se reduce la emisiunea câtorva picături bogate în albumină şi sânge; agitaţie extremă cu delir erotic, dar penisul nu e întotdeauna în stare de erecţiune complectă (semi-erecţiune sau chiar flaciditate); cistita purulentă; contracturi tetanice, colaps. Moartea se produce în interval de 24—36 ore.

Salvat, intoxicatul rămâne cu o gastrită şi o nefrită cronică.

Antidotul şi tratamentul: vomitive, pompă stomacală, cărbune animal, apă albuminoasă, apomorfină, sulfat de sodiu, băi calde, sinapisme în regiunea lombară, ghiaţă, ceaiu, opiu, camforă. *Contra-indicate:* uleiurile şi grăsimile.

b) **Leziunile anatomice:** plăci gangrenoase negricioase pe mucoasa gastrică şi pe cea intestinală, cari sunt ramolite şi se desfac în lambouri; uneori adevărate perforaţii stomacale; nefrita parenchimatoasă; mucoasa ureterelor congestionată şi cu sufuziuni sanguine; congestia mucoasei vesicei şi a uretrei; repleţiunea sanguină a sinusurilor cavernoase, cu gangrena penisului (inconstant); congestia intensă a mucoasei vaginale, a clitorisului, a uterului şi a ovarelor; prezenţa în urină a albuminei şi adesea chiar a unor fragmente din parenchimul rinichilor.

c) Identificarea se face pedeoparte prin căutarea fragmentelor de elitre ale insectei în vărsături, fecale, pe pereții stomacului și ai intestinelor; pe de alta prin izolarea și dozarea cantaridinei.

In ce privește fragmentele de aripioare, e de observat că acestea sunt foarte rezistente la putrefacție (*Paumet* le-a regăsit la 10 luni dela îngroparea cadavrului). Cât despre identificarea și dozarea cantaridinei, e de observat: 1) pentru obținerea dozei mortale de 5 ctgr. de cantaridină e nevoie de 10 gr. de pulbere de cantaridă (100 gândăcei pisați); 2) cantaridina găsită în viscere poate proveni și din ingerarea cărnii de găină, ori de curcan, cari mănâncă gândăcei, fără a manifesta simptome de otrăvire.

2. Veninul animal

a) **Albina-viespea.** — Veninul se lasă prin acul care rămâne in locul înțepat. — *Tratamentul:* se scoate acul și se aplică pe umflătură comprese de apă sărată, oțet, apă de colonie, apă sedativă sau câteva picături de amoniac lichid.

b) **Păianjenul** — Efectele toxice sunt cauzate de veninul secretat și de ouăle păianjenului strivit pe rană. — *Tratamentul:* sugerea, spălarea rănii cu permanganat, diuretice, bromură, cloral, injecție de oleiu camforat și de sparteină.

c) **Furnicile**, indeosebi cele roșii, secretează acidul formic. — *Tratamentul:* spălături stomacale alcaline slabe, tonice, cardiace.

d) **Scorpionul.** — Veninul e îndeosebi periculos pentru copii și femei (un copil de 3 ani a murit la 6 ore după o înțepătură de scorpion: moartea precedată de convulsiuni, paralizie, colaps—*Sacon*, 1928). — *Tratamentul:* scoaterea acului; diuretice; injecții de ser antiveninos; tracțiunea ritmică a limbii

e) **Turbarea** e consecutivă pătrunderii in corp (prin mușcătura sau simpla lingere a animalului atins de turbare) a unui virus filtrant. Incubarea e de 13—20 zile până la 2 luni (uneori numai 8 zile, in mușcăturile dela cap.) Se disting următoarele faze: 1. *incubarea*, în cursul căreia apar sensații de arsură, furnicături, dureri fulgerătoare; 2. *perioada melancolică* (2—3 zile); 3. *perioada hidrofobică* (1—2 zile); 4. *perioada paralitică* (câteva ore). **Tratamentul:** *dacă n'a trecut o oră dela mușcătură,* se cauterizează rana cu un fier inroșit in foc, cu termocauterul, cu nitratul de argint, sulfatul de cupru, acidul azotic sau sulfuric; *dacă a trecut mai mult de o oră,* nu se mai cauterizează ci se spală rana cu o soluție de sublimat corosiv, se stoarce cu degetele sângele din rană și se pansează; apoi se recurge la tratamentul antirabic pastorian.

f) **Veninul de șarpe** pătruns în organism prin mușcătura reptilei. — *Tratamentul.* seroterapia; eliminarea veninului din rană prin aspirare sau sugere, cauterizarea mușcăturii cu fierul înroșit in foc sau prin întrebuințarea permanganatului de potasiu, a acidului chromic, a clorurei de aur, a hipocloritului de calciu.

g) **Insulina** (extras din pancreasul animalelor). Un caz recent de sinucidere cu o doză masivă de insulină (20 unități) e semnalat de *Secher* — 1927.

h) **Tuberculina.** Infecțiunea in doză masivă poate cauza moartea.

I. Otrăvurile mecanice

E vorba de fenomenele de intoxicație provocate prin administrarea de sticlă pisată, pulbere de metale.

CAP. VI

LOCALIZAREA LEZIUNILOR ŞI A AFECŢIUNILOR DUPĂ DIVERSELE SEGMENTE ALE CORPULUI

I. Capul şi faţa

1. Pielea capului şi pielea feţei

(Vezi „Leziunile superficiale şi afecţiunile pielei şi ale părului"; „Modificările notate in ţesuturile subjacente pielei şi în organele interne"; „Rănile caracterizate", din cap. II „Examenul general somatic şi psihic", vol. II).

2. Ochii

A. Afecţiuni şi leziuni generale

Se notează: oftalmia simpatică, glaucomul; răni ale ochiului; keratomicosele; sporatrichosa; dacriocistita cu flegmon şi fistulă lacrimală; paraliizii ale aparatului motor; turburări ale refracţiunii (miopie, hipermetropie, astigmatism); eviscerarea complectă sau incomplectă a globului ocular cu ruperea nervului optic; orbirea unilaterală sau bilaterală; strabism; plăgile penetrante ale segmentului anterior sau posterior al globului ocular, cu sau fără prezenţa de corpi streini; exoftalmii.

B. Părţile componente ale ochiului

a. **Pleoapele:** leziuni, blefarita ciliară simplă, blefarita ulceroasă; ptosis; chalazion; entropion; ectropion; lagoftalmie; simblofaron; conjunctivitele (acută contagioasă, sub-acută, cu pneumococi, blenoragică, metastasică, difterică, foliculară, granuloasă, papilară simplă, sifilis al conjunctivei; conjunctivita vaccinală, impetiginoasă, flictenulară; prezenţa de corpi streini; echimoze; pinguicula, pterigion, xerosis sau xeroftalmie.

b. **Sclerotica:** sclero-keratita, stafilomul.

c. **Corneea:** arcul senil (la ateromatoşi, alcoolici, sifilitici); keratita interstiţială, flictenulară şi ulceroasă; herpes; stafilomul transparent; leucomul.

d. **Cristalinul:** cataracta (dură şi moale).

e. **Irisul:** irita, glaucomul.

f. **Choroida, retina şi nervul optic:** choroiditele, retinitele şi deslipirea retinei; atrofia, ruptura sau secţionarea nervului optic; diverse ambliopii.

C. Diagnosticul

Turburări oculare se notează în 90% din cazurile de traumatism cranian. Leziunile pot fi condiţionate fie de hemoragii în tecile nervilor optici, fie prin prezenţa de corpi streini (aşchii osoase) între fibrele nervoase. De regulă, papilita nervului optic — care se manifestă la 1—2 săptămâni dela traumatism — e o indicaţie de infecţiune a durei-mater, după rănire (la 8 zile după rănire, o papilită temporară bilaterală, cu reducerea câmpului vizual pentru culoarea roşie — *Neuffer*, 1929).

La examenul ochiului căutăm să determinăm:

a. *Dacă globul ocular e perforat.*

b. *Dacă în rană a rămas fixat un corp strein* (explorarea se face prin radiografie şi prin întrebuinţarea electro-magnetului, pentru extragerea corpului). In orice caz, prezenţa unui corp strein se traduce prin durere (care, în majoritatea cazurilor, nu durează decât 24 ore) şi prin desprinderea irisului. Absenţa durerii se poate explica astfel: sau nu există corpul strein, sau acesta nu e magnetic. *(Etienne Heurard* e împotriva extracţiunii prin electro-magnet, pentrucă o atare intervenţie poate fi periculoasă, atunci când corpul strein e voluminos).

c. Se mai recurge la *examenul microscopic al ochiului* (cu ocazia unui accident de muncă, s'a putut stabili că o turburare centrală limitată a cristalinului era veche de cel puţin 10 ani şi deci nu o consecinţă a traumatismului-*Motolese* 1927).

d. In leziunile cari interezează *segmentul anterior* al ochiului, notăm: dispariţia camerei anterioare, diminuarea tonusului, contractarea pupilară, fotofobia, lăcrimarea şi roşeaţa. Cicatrizarea se face repede. — In leziunile interesând *segmentul posterior* se constată: hemoragie conjunctivală; uneori chemois pronunţat prin infiltrarea lichidului rezultat din perforarea globului; hipotonie; camera anterioară e mai profundă, irisul e atras înapoi, adesea deformat şi aderent numai prin rădăcina lui.

e. Adesea, chiar după extragerea corpului strein sau eliminarea automată a acestuia, *hemoragia persistă la conjunctivă* şi se mai notează: anestezie, blefarospasm, amauroză, strabism convergent, nistagmus unilateral. După *Laddoni* (1928) aceste fenomene ar putea fi datorite unei histerii preexistente.

Un glaucom absolut se pronunţă la două zile după o contuziune interesând rădăcina nasului şi regiunea cavităţilor oculare (obs. lui *Mezzatesta*-1929).

Diagnosticul diferenţial contribue la eliminarea cauzei traumatice. Aşa, există *exoftalmii bruşce* consecutive fie unor hematomi spontani ai orbitei, fie rupturii, în orbită, a unui mucocel provenind dela o sinusită maxilară sau etmoidală. Deasemenea, *iridodialisa* se poate produce spontan, în caz de papulă sifilitică evoluantă, sau prin ramolirea circumscrisă a inserţiunii irisului, în urma unei neoformaţiuni de natură nedeterminată (*Sedan*, 1926).

3. Nasul

A. **Leziunile** interesând pielea şi mucoasa; ruptură, perforare a foselor nazale şi a septului; tăetură dorsală; fractură a scheletului cartilaginos şi osos; mutilare (sfâşiere, smulgere parţială ori totală); epistaxis.

B. **Afecţiunile:** 1. dermatozele vestibulare (crăpături, eczema, sicosis, furuncul); 2. dermatozele nazale (acne, finofima, granulosis); 3. rinitele (rinita acută, banală sau coriza; rinita pseudo-membranoasă, rinita cronică, rinita spasmodică); 4. ozenul ca simptom al sifilisului, al tuberculozei nazale, al prezenţei corpilor streini, al sinusitelor; 5. tumori adenoide; 6. rinosclerom, sarcom, epiteliom.

Examenul nasului se face prin rinoscopie şi diafanoscopie.

4. Buzele

Leziuni interesând pielea şi mucoasa; răni penetrante şi perforante; spintecare; mutilare (sfâşiere, smulgere totală ori parţială); flegmon, abces, ulceraţie; kisturi, cancer.

5. Bărbia

Leziuni interesând pielea; rană penetrantă; mutilare (sfâşiere, smulgere parţială ori totală); fractura mandibulei.

6. Urechile

A. Leziunile exterioare interesează: *pavilionul* (leziunile pielei; rană penetrantă ori perforantă; mutilare — sfâşiere, smulgere parţială ori totală); tubul *auditiv*.

B. Leziunile interioare interesează; 1. *urechea mijlocie* (cavitatea timpanică; oscioarele cavităţii timpanului, trompa lui Eustache); 2. *urechea internă* (labirintul).

C. Afecţiunile în general notate sunt: o slăbire a acuităţii auditive sau surditate complectă, unilaterală ori bilaterală; otalgie; vâjâituri.

După părţile componente:

a. *Pavilionul:* eczema, hematom.

b. *Tubul auditiv*: dopuri de secreţiune (dop de cerumen, dop epidermic); prezenţa de corpi streini; abces, furuncul, ptiriasis, otita externă difuză acută.

c. *Cavitatea timpanică*: leziuni, rupturi ale timpanului; otita mijlocie; obstrucţia acută a trompei lui Eustache; otita subacută, acută supurată; mastoidita; otita cronică supurată; otoragie; otita mijlocie catarală cronică; oto-scleroza, oto-spongioza.

d. *Urechia internă*: vertijul lui Menière.

D. — Diagnosticul. — 1. *Turburările auditive*, prin ruptura timpanului, se vindecă prin cicatrizare în câteva săptămâni, dar auzul poate rămâne slăbit. Prin infecţiune, însă, se poate produce otita mijlocie şi chiar moartea, prin abcesul cerebral format prin repercursiune.

2. *Comoţiunea labirintului*, cu sau fără ruptura timpanului, se manifestă prin: turburări de echilibru, greaţă, vărsături, vâjâituri, surditate parţială. Efectele comoţiunii pot dispare complect, în urma tratamentului. Dar se poate întâmpla ca un traumatism al labirintului să se traducă prin pierderea cunoştinţei şi, ulterior, după câteva zile, prin surditatea absolută unilaterală sau bilaterală.

3. *Othematomul* poate fi consecinţa unei loviri tangenţiale, uneori chiar după un traumatism neinsemnat (de exemplu urechea culcată şi comprimată de un nasture al pernei, frecarea pavilionului, etc. — *Schlitter*, 1929).

4. *Carcinomul* poate apare tardiv, uneori după câţiva ani dela acţiunea traumatismului. Se poate însă ca regiunea lezată să fi fost anterior sediul unei afecţiuni (la examenul unui carcinom al urechei, apărut după 5 ani dela traumatism, s'a găsit, pe secţiune, urmele unui lupus preexistent — *Rippenbrock*, 1928).

5. *Pentru verificarea surdităţii*, în caz de bănuială de simulare, se recurge şi la metoda reacţiunii respiratorii.

II. Scheletul capului

A. Leziunile

1. O simplă depresiune.

2. Plesniri şi lacune superficiale, fie ale tăbliei externe fie ale celei interne. Plesniri profunde.

3. Fracturi.

Ele pot fi simple, complecte, cominutive cu formă precisă, neregulată sau stelată.

Fracturile au aspecte foarte curioase: radiaţiune mai mare sau mai mică; linii concentrice ca desenul unei pânze de păiajen; fracturi pe linia de sudură (la copii şi adolescenţi); o fisură unică în zona mai subţire a osului.

Indeosebi in ce priveşte craniul, fracturile au ca origine traumatismul contondent sau acţiunea proectilului armei de foc.

a. Atunci când corpul vulnerant e **contondent**, notăm două feluri de fracturi:

I. *Fracturi în focar* interesând fie baza fie calota craniană.

II. *Fracturi cu raze mari:* zdrobirea totală sau parţială a cutiei craniene. Pentru un ţesut osos fragil ajunge o singură lovitură pentru sfărâmarea craniului (96 fragmente dintr'o singură lovitură de copită — *Bujatsky*).

b. Proectilul armei de foc poate cauza:

I. *Fracturi incomplecte directe:* fracturi izolate ale tăbliei interne, deoarece *Teevan* a demonstrat că fractura craniană incomplectă porneşte întotdeauna nu dela locul comprimat, ci din punctul unde se face simţită acţiunea de extensiune; tăblia internă mai poate fi atinsă direct de un proectil care, după ce a străbătut un perete al craniului, se opreşte pe tăblia internă în partea opusă şi uneori se fixează în ea, împingând în afară tăblia externă.

II. *Fracturile complecte sau perforante:* în orice străpungere a unui os cranian, tăblia care a fost mai întâiu lovită prezintă un orificiu de dimensiuni mai mici ca tăblia ulterior lovită, iar canalul din ţesutul osos are forma unui trunchiu de con.

III. *Fracturile indirecte* sunt cele cari se propagă dela boltă la bază sau cele datorite acţiunii gazelor de explozie a pulberii.

Uneori se pot găsi, pe suprafaţa exterioară a craniului, fragmente de materie cerebrală, fără să existe o spărtură sondabilă; sau, în cursul explorării, se notează infecţiunea consecutivă traumatismului exterior (meningită, abces cerebral), fără să se poată distinge cu ochiul liber o fractură — poarta de intrare a microbilor. Această particularitate se explică prin elasticitatea substanţei osoase a cutiei craniene, permiţând retracţiunea ulterioară a spărturii.

In *fractura bazei craniului* se poate nota pătrunderea unor fragmente osoase în cutia craniană, precum şi împingerea în interior a oaselor nasului sau a ramurilor maxilarului inferior.

1. *Fractura în terasă:* fragmentul osos nu e înfundat decât pe o parte a suprafeţei lui, iar cealaltă parte rămâne la nivelul osului de care traumatimul a separat-o.

2. *Fractura cu raze mari:* zdrobirea unei mari părţi a craniului sau chiar a întregii cutii craniene; o explozie în interiorul craniului provocată de proectilul pătruns cu o extremă viteză.

4. Pierderi de substanţă osoasă

Ele sunt de mărime variabilă: găuri făcute cu un instrument sau de dinţii unui animal (câine, porc).

5. Deformarea craniului.

B. Indicaţii diagnosticale

1. Procedeul cel mai sigur pentru *identificarea fracturilor craniene*, pe omul viu, e radiografia: în peste 80 la sută din cazurile cu simptome de compresiune sau de comoţie cerebrală, imaginea radiografică indică fracturi ori plesniri ale scheletului cranian.

2. In ce priveşte diagnosticul *fracturii bazei craniului* şi în

absența radiografiei, *Spenger* (1928) recomandă examenul funcțional al urechei, care permite determinarea direcției fracturii în interiorul stâncii: *a.* turburările labirintului sunt legate de o fractură transversală a piramidei; *b.* simptomele urechii mijlocii corespund unor fisuri sau fracturi longitudinale.

3. In *fracturile depresive ale scheletului capului* — cari se traduc prin simptome a căror intensitate poate merge dela acele ale unei comoțiuni ușoare până la semnele unei grave compresiuni — diagnosticul se pune prin inspecțiune, palpare, radiografie.

4. In *fracturile complecte*, cu sau fără depresiune, simptomele sunt acelea ale întregii game între efectele unei comoții ușoare și acele ale unei hemoragii cerebrale sau ale unei striviri a creerului.

Fracturile bazei craniului pot avea ca origine și rezistența pasivă a coloanei vertebrale (în căderea în picioare, pe parietale).

5. Să nu se uite că o leziune superficială a cutiei craniene poate, prin efectul comoției, să provoace leziuni interioare, cum ar fi spargerea timpanului.

PROGNOSTICUL depinde după sediul fracturii; în genere, fractura bazei craniului e mai periculoasă atât prin importanța regiunii lezate cât și prin infecțiunile pe cari le favorizează.

III. Cavitatea craniană

Leziunile cari pot interesa meningele și creerul se traduc prin:

1. Meningitele

In prealabil trebue să observăm că nici cu aproximație nu se poate determina intervalul între traumatismul-cauză și meningita-efect; s'au văzut cazuri în cari boala s'a pronunțat abea după trecere de luni și chiar de ani. Ceeace importă pentru expertiză, e de a se fixa leziunea susceptibilă de a da naștere, direct sau prin repercursiune, la o meningită imediat consecutivă traumatismului sau tardivă. Punctul de plecare poate fi: o acțiune directă asupra învelișurilor capului; o infecțiune pornind dela cavitatea nazală; o sinuzită; o leziune interesând maxilarul superior, etmoidul, sfenoidul, frontalul, urechea; metastaza unui focar de supurație. In acest din urmă caz examenul bacteriologic trebue să confirme identitatea bacteriilor din puroiul meningitei cu acele din focarul incriminat, știindu-se că microbul poate străbate și oasele sănătoase, iar calea parcursă e jalonată de așchii osoase, corpi streini, focar de ramolire, abcese.

Meningitele se pot manifesta și ca imflamații secundare consecutive comprimării creerului. Pe baza observațiunilor făcute, ca urmări imediate, apropiate sau îndepărtate ale traumatismului capului, se notează:

a. Meningita purulentă, seroasă, tuberculoasă. Fiecare din aceste forme e datorită unui traumatism: 1. lovire sau cădere în cap; 2. o comoție cerebrală violentă; 3. fractura craniană in genere; 4. fractura bazei craniului; 5. o comoție cerebrală acompaniată de fractură. Excepțional, meningita poate fi atribuită acțiunii unui frig excesiv, insolației, unui efort violent.

b. Meningita tuberculoasă poate avea ca origine nu un traumatism direct al capului, ci un traumatism al unui focar îndepărtat de tuberculoză și astfel se provoacă trecerea bacililor în circulația sanguină. La fel, infecțiunea meningelor se poate face prin flora microbiană a foselor nazale, în cazul fracturii lamei ciuruite a etmoidului (observația lui *Dervieux:* evoluția s'a făcut in 6 zile). Meningita purulentă tardivă poate fi datorită și unui hematom orbitar, efect al traumatismului (observația lui *Lyon-Caen:* moartea după 7 săptămâni).

In meningita tuberculoasă, simptomele se notează către sfârșitul săptămânii a doua dela traumatism. — In caz de moarte rapidă, se găsesc la autopsie leziuni recente. In caz de moarte tardivă, leziunile trebue să fie vechi, afară de împrejurarea când, prin atingerea unui focar tuberculos, meningita să apară ca o complicațiune secundară.

2. Hemoragiile

Atunci când avem de examinat o persoană vie, existența lor se verifică fie prin trepanare, fie prin puncție lombară.

A. Hemoragiile meningee

Ele se pot produce și fără fractura craniană: șocul limitat provoacă o simplă depresiune a osului și dura-mater se desprinde, tăblia osoasă revine la locul ei mai repede ca membrana care, desfăcându-se de os, se rupe, iar decolarea se continuă prin acțiunea hemoragiei. Efectele presiunii exercitate de revărsarea sanguină se manifestă neîntârziat. dacă și deslipirea se face repede, iar hemoragia e mare. Moartea poate surveni prin microtraumatisme difuze encefalice sau prin anemia cerebrală datorită compresiunii. Uneori moartea e precedată de o paralizie, prin extensiunea cheagului spre baza creerului.

Hemoragia intra-meningee poate fi o consecință a contuziunii cerebrale, prin ruperea meningelor în locul traumatizat, sau a unei ramoliri cu abces ulterior.

Mai e de observat că artera meningee mijlocie se poate rupe *prin simpatie*, adică la distanță de locul traumatizat, ceeace se explică prin elasticitatea cutiei craniene, care favorizează presiunea prin repercursiune.

Insfârșit, e de relevat că se pot intâlni hemoragii meningee *netraumatice:* unele cazuri de hemoragie pachimeningee.

Deosebim diverse tipuri de hemoragii meningee:

1. **Hematomul extra-dural**, situat între os și dura-mater, e produs prin ruptura fie a arterei meningee medii, fie prin aceea a unei ramificațiuni a acestui vas; el poate cauza moartea. Cu timpul, hematomul extra-dural mare se transformă în kist cu membrană aspră, cu conținut apos mai mult sau mai puțin pigmentat. El se produce sau imediat după traumatism sau in intervalul liber (1—4 zile).

2. Hematomul sub-dural. deobiceiu bilateral şi pătrunzând între circumvolutiunile creerului, e uneori înconjurat de o masă cerebrală ramolită şi edematioasă. Consecutiv unei hemoragii venoase, pornind dela pia-mater, hematomul sub-dural se poate produce imediat după traumatism, sau în intervalul liber (câteva ore până la câteva luni: 7 observaţii ale lui *Rand* — 1927 de hematom sub-dural, ale cărui semne subiective s'au manifestat în răstimp de 1—7 luni).

Pentru diagnosticarea hematomului se practică puncţiunea lombară care, atunci când este pozitivă, dă un lichid sanguinolent. La puncţia lombară se mai recurge pentru atenuarea efectelor; dar în unele cazuri reapar ulterior hemoragii meningee.

Simptomele lui sunt: cefalalgia ameţeala, confuzia mentală, insomnia sau somnolenţa, hemiparezie cu semnul lui Babinski, incontinenţa urinei.

In alcoolismul cronic, hematomul sub-dural poate să se complice cu pachimeningita hemoragică internă. Atunci când acopere aproape întreaga suprafaţă a unei emisfere, hematomul subdural poate avea drept complicaţie o meningită purulentă.

3. Hemoragia epi-durală. consecutivă unei comprimări a craniului.

4. Hemoragia sub-arachnoidiană poate fi cauzată de: 1. o sporire pasageră a presiunii sanguine, (în tusea convulsivă, epilepsie, eclampsie); 2. o tensiune arterială permanentă în cardiopatii şi în afecţiunile renale; 3. o leziune acută a vaselor sanguine, în bolile infecţioase cronice, în sifilis, alcoolism, etc ; 4. în bolile cu diateză hemoragică.

B. Hemoragiile în substanţa cerebrală

De formă şi volum variabil. aceste hemoragii se pot prezinta fie ca un focar izolat fie ca unul multiplu şi au aspectul unei revărsări kistice sau al unei substanţe terciuite, rozată sau negricioasă. Ele pot avea ca origine: o ruptură traumatică a arterei vertebrale sănătoase la baza craniului; un anevrism traumatic al porţiunii intra-craniene a carotidei interne; o strivire a substanţei corticale a creerului. Pe *omul viu* locul focarului se poate determina: prin examinarea reflexelor, a raporturilor tonice, a aparatului vestibular şi a mişcărilor ochiului; prin excitarea pielei; prin spălarea urechei, modificarea poziţiei capului, a trunchiului şi a extremităţilor.

Adesea se pot nota hemoragii corticale tardive; numai excepţional întâlnim hemoragia centrală după un interval liber mai lung (Un atare caz de hemoragie cerebrală, apărută după 10 ani dela strivirea substanţei corticale, a fost observat de *Brandess* — 1927).

Hemoragiile cerebrale sunt de regulă consecutive unui *traumatism al capului.* Dar ele se pot produce şi *spontan, cu* sau *fără* fractura craniului; în acest din urmă caz e posibil ca, în momentul revărsării spontane, individul, în cădere, să-şi fractureze cutia craniană şi atunci notăm o hemoragie traumatică alături de una spontană. Iar când nu există leziuni osoase, spontaneitatea hemoragiei se diagnosticheazǎ pe baza absenţei leziunilor arteriale ale creerului, pe baza leziunilor organice cardiace şi renale.

Hemoragia spontană, care îşi are sediul de predilecţie în capsulele internă şi externă şi în nucleul lenticular, e deobiceiu de natură patologică: anevrismele, arterio-scleroza, sifilisul vascular. *Hemoragia traumatică*, uneori caracterizată și prin formarea de kisturi pline cu o materie apoasă negricioasă, se prezintă mai mult sub forma de focare de multiple, pe când cea spontană de regulă printr'un focar unic.

Să mai relevăm că se pot observa hipostaze îndeosebi la sinus și la meninge.

Notăm:

1. Hemoragia corticală: extravazate superficiale difuze, cheaguri sanguine unice sau multiple. Atunci când e datorită repercursiunii, hemoragia corticală se prezintă sub forma de focare mici, constituite dintr'un lichid gălbui, cu cristali de hematoidină și cu filamente de țesut.
2. Hemoragia in substanța cerebrală în apropierea ventriculilor și a substanței optice (Deobiceiu mortală).
3. Hemoragia ventriculară, cu pereții sfâșiați ori nu.
4. Hemoragia in etajul superior al pedunculilor cerebrali.
5. Hemoragia in partea frontală și bazală a uneia din emisfere.
6. Hemoragia in nucleul lenticular cu sau fără perforarea ventriculului.
7. Hemoragia in partea laterală a nucleului lenticular, putându-se întinde până la frontal și occiput.
8. Hemoragia deasupra nucleului lenticular.
9. Hemoragia secundară în puntea lui Varole.

3. **Alte notațiuni**

A. Hemoragia cerebrală asociată cu o hemoragie meningee.

B. Necroza de ramolire a unei porțiuni a substanței cerebrale, consecutivă unor hemoragii de foarte mică importanță.

C. Leziunile corticale: rupturi.

D. Modificările ventriculare: dilatare, contracțiune, pareză spastică.

E. Encefalita acută care poate fi consecutivă și unei opăriri (observația lui *Krase*—1928: un copil de 15 luni opărit pe piept și brațe cu cafea fierbinte). — Encefalita letargică. — Encefalita saturnină.

F. Anemia cerebrală (acută și cronică); congestia cerebrală.

G. Proces imflamatoriu secundar al creerului.

H. Pneumo-encefalul: aerul se găsește fie în spațiul subdural, fie în spațiul subarachnoidian, în însăș substanța cerebrală sau în ventricule. Cauza e o ruptură a durei-mater sau o ruptură a însăș substanței cerebrale, rupturi de regulă consecutive unei fracturi a frontalului sau a etmoidului. Resorbțiunea aerului se face: în câteva ore, în spațiul subarachnoidian; în 14 zile, în ventricule.

Simptomele pneumo-encefalului sunt: scurgere de licoare pe nas, cefalalgie, crampe, hemiplegie, syndromul lui Korsakoff. O *complicație* gravă e meningita deobiceiu mortală.

Pneumo-encefalul poate fi și de natură netraumatică: aerul pătrunde în creer prin tuse, strănut, suflarea nasului.

I. **Alteraţiunile hipofisare:** *hemoragii intra-şi extra-hipofisare*, cari dau naştere la mici kisturi hematice, focare de atrofie sclerotică.

J. **Corpi streini intracerebrali, înveliţi într'o membrană fibroconjunctivă.**

K. **Abcesul cerebral** se formează în jurul unui corp strein, într'un focar hemoragic sau într'unul de ramolire. Evoluţia poate fi foarte lentă: un kist intracerebral apărut 10 ani după traumatism *(Corboulès*, 1927). — *Simptomele* sunt: cefalee, vertij, agitaţie, urcarea uşoară a temperaturii, turburări afazice, criză de epilepsie, hemiplegie.

L. **Tumori: gliom. fibro-sarcom.**

Apariţia tumorii poate fi tardivă: un fibro-sarcom ovoid, lung de 5 cm. notat între lobii occipitali şi cerebel, după trecere de trei luni dela ziua traumatismului.

4. Contuziunile cerebrale

Ele se pot produce şi la un craniu intact. Se notează nu numai în regiunea lovită, dar foarte des şi în partea diametralmente opusă zonei traumatizate. Se înregistrează mai ales pe scoarţă (lobii frontali; regiunea temporo-parietală şi lobii occipitali), rareori pe corpul striat, pe corpul calos, pe centrul oval, pe bulb, cerebel şi protuberanţă.

Se prezintă: fie sub forma de *contuzie uşoară* (picheteu hemoragic, plăci roşietice, albăstrui, *plaques jaunes*, ramolirea substanţei corticale). fie sub forma de contuzie gravă, cu strivirea substanţei cerebrale (terciu de culoarea drojdiei de vin). Prin resorbţiune, focarele de contuziune apar ca nişte plăci galbene sau kisturi. Atunci când e lezată *pia-mater*, notăm sau echimoze miliare sau echimoze cu revărsare între circomvoluţiuni.

Simptomele sunt: amnezie retrogradă şi anterogradă, automatism inconştient, trezirea unei predispoziţii latente la alienaţia mintală *(în contuzia lobilor frontali)*; epilepsia jaksoniană *(în contuzia lobilor parietali)*; cefalee persistentă, hemianopsie, ambliopie, amaurosă, vâjâituri în urechi, vertij, turburarea odoratului, choree, poliurie, glicosurie, diabet *(în contuzia lobilor occipitali)*.

Contuziunile cerebrale pot provoca pierderea cunoştinţei şi moartea instantanee sau rapidă.

5. Compresiunea cerebrală

Simptomele apar sau imediat sau cu o întârziere de ore ori chiar de zile dela traumatism. Compresiunea e consecutivă sau unei hemoragii intra-craniene (hematom epidural sau subdural) sau prezenţei unui corp strein în cavitatea craniană.

Semnele clinice sunt: 1. în *faza întâia*, cefalalgie, incetinirea pulsului, congestia feţei, contracţiunea pupilară, vărsături, agitaţie, delir; 2. în *faza a doua*, scăderea temperaturii, somnolență, respirație stertoroasă, dispariția reflexului cornean, puls filiform și accelerat, incontinență urinară și fecală, coma, oprirea definitivă a respirației și a bătăilor inimii. Verificarea acestor simptome se face prin puncțiunea lombară: prezența de sânge în lichidul rachidian.

Compresiunea nu condiționează un traumatism violent; în traumatismul ușor, ea se pronunță tardiv și efectele ei sunt durabile.

6. Comoția cerebrală

De regulă consecutivă unei contuziuni directe a cutiei craniene, uneori comoția cerebrală poate fi datorită unei zguduiri indirecte a creerului, în urma căderii violente pe șezut, pe genunchi ori în picioare.

Greșit s'a spus că în comoție nu se găsesc niciodată leziuni anatomice ale conținutului cavității craniene; uneori, la autopsie, se găsesc hemoragii punctate ale substanței corticale și extravazate intermeningee, de predilecție în peretele și în vecinătatea celui de al patrulea ventricul.

Simptomele sunt în funcțiune de însăși gravitatea comoției.

a. *In forma ușoară:* amețeală, vâjâituri în urechi, hebetudine pasageră, paliditatea feței, pierderea cunoștinței cu întreruperea respirației timp de câteva secunde sau chiar câteva minute și numai excepțional 15—30 minute; amnezie.

b. *In forma gravă:* paloarea feței, pierderea cunoștinței, imobilitate complectă, dilatarea pupilelor și absența reacțiunii pupilare, vărsături, incontinență urinară și fecală, slăbirea respirației, încetinirea pulsului. La *trezire:* amnezie, confuzie mintală, cefalalgie persistentă. (Să nu se confunde vărsăturile alcoolizatului cu vărsăturile comoționale).

c. *In forma fulgerătoare,* pe lângă celelalte simptome se mai notează: coma, complecta rezoluție musculară (uneori mișcări convulsive), paralizia sfincterelor, moarte rapidă. La autopsie se înregistrează modificări pulmonare de natură inflamatorie.

d. In ce privește *complicațiunile* la cari poate da naștere comoția cerebrală vom releva, după observațiile mai recente: *nevrita retro-bulbară* (Coppez, 1927); grăbirea procesului *policitemiei rubra* (Hecht-Weil, 1929).

7. Consecințele tardive ale leziunilor cerebrale

Complicațiunile efectelor imediate ale traumatismelor craniene, indiferent de importanța acestora, se pot produce la intervale foarte lungi (*Fribourg-Blanc* — 1927 citează 4 cazuri cu grave complicațiuni ivite după 6, 9, 10 și 12 ani la indivizi cari își reluaseră ocupațiunile și de câțiva ani nu mai prezintau nici un simptom apreciabil; atari observațiuni le-am făcut și noi).

a. Apoplexia tardivă, într'un interval liber de una până la câteva luni. Pentru stabilirea raportului direct între apoplexie și traumatism trebue să se poată exclude participarea unor factori generatori de hemoragie cerebrală, cum ar fi ulcerațiunile cronice ale arterelor creerului, hipertrofia cordului, scleroza renală.

b. Confuzia mentală, dromomania (într'un caz la 5 ani dela accident; în alt caz într'un interval de 4 ani, cu moarte).

c. Epilepsia esențială, care se notează în 10—20% din cazurile de rănire a creerului, se poate produce: imediat după cicatrizarea rănii; înainte de această cicatrizare: abea după câțiva ani dela traumatism (într'un caz interesând lobii frontali, epilepsia s'a declarat după 7 ani). Maximul de frecvență se notează în leziunile lobilor parietali. Un element favorizant e predispoziția ereditatea, sifilisul alcoolismul.

d. Epilepsia jaksoniană.

e. Sindromul lui Collet (paralizia ultimilor patru nervi cranieni). O observație de manifestare tardivă: la 13 luni după căderea pe occiput (turburări ale deglutiției și ale vocii), după ce în primele 3 luni se instalase o cefalee violentă (*Ramond-Bascourret-Pouques*, 1926).

f. Orbirea (unilaterală, la 3 săptămâni dela traumatism — observația lui *Froelich*, 1929). Dar cecitatea poate dispare, ca să nu rămână decât *hemianopsia* (*Rubensohn*, 1929).

g. Vertijul. — Parkinsonismul post-traumatic.

h. Paraliziile spasmodice — Paralizia progresivă.

i. Melancolia depresivă; psichoza interpretativă; psichozele funcționale (amnezia sub toate formele ei, confuzia mintală; afazia; agitația, delirul, automatismul traumatic; turburările somnului: coșmarul, delirul oniric; emotivitatea; debilitatea, imbecilitatea, idiotia· pervertirea caracterului, perversiunea instinctelor).

j. Diabetul, consecutiv unui traumatism cranian care isbucnește imediat după traumatism sau abea după câteva săptămâni sau chiar câteva luni, nu se poate explica decât fie printr'o preexistență latentă, fie printr'o predispoziție organică (*Brouardel-Richardière*). Un atare diabet poate rămâne refractar tratamentului cu insulina. *Ferranini* (1927) citează un astfel de caz de diabet insipid (poliurie însoțită de o mare chlorurie).

k. Moartea tardivă (după câteva zile, câteva luni sau chiar câțiva ani) uneori după un traumatism în aparență fără importanță:

1. E lovit de un automobil. Pierde cunoștința. Își revine în fire, se scoală singur și se duce la un medic, cu locuința la o mare depărtare. Vizibile nu sunt decât câteva zdreliri ale pielei feței. La 16 luni după accident se îmbolnăvește subit cu febră mare și cu grave simptome cerebrale și medulare, asociate cu o slăbire fizică și psichică. Moare după 1 lună, adică după 1 an și 5 luni dela accident. Autopsia a dovedit că boala și moartea au fost o consecință tardivă a traumatismului cranian — *Röll*, 1929.

2. Alte cazuri: moarte tardivă consecutivă unui abces cerebral datorit unei retreziri microbiene; moarte tardivă datorită agravării arterio-sclerozei — *Villaret-Bailly*, 1927.

3. O fată de 16 ani (servitoare) care, cu câteva luni mai înainte, suferise un traumatism cerebral și la care, la autopsie, s'a notat o meningită supurată, și-a făcut totuș, aproape nestingherită, serviciul până în ziua morții (*Minovici*).

IV. Gâtul și ceafa

A. Leziunile

I. Pe tegumente: 1. diversele leziuni descrise la examenul somatic; 2. urme de degete și unghii; 3. șanț de o lărgime și adâncime variabilă.

II. Secționarea gâtului sau a cefei, parțială sau totală, interesând deci:

1. *Părțile moi* (mușchii, vasele, glanda tiroidă, faringele).

2. *Părţile cartilaginoase* (laringele şi tracheea arteră). Leziunile *laringelui* pot fi datorite unui traumatism *direct* sau unuia *indirect* (cădere în cap); leziunea mai gravă e fractura cu sediul de predilecţie la cartilajul tiroid. — De notat că o cât de uşoară contuzie poate provoca moartea prin inhibiţie.— Rupturile *tracheei* sunt de regulă efectul unui traumatism violent.

La examinarea unei tăituri a gâtului, diagnosticul diferenţial etiologic e bazat pe următoarele elemente: a. deobiceiu, agresorul atacă părţile laterale, pe când sinucigaşul loveşte la nivelul căilor aeriene; b. direcţia tăiturii, care de regulă e oblică de sus în jos şi dela stânga la dreapta, în caz de sinucidere, şi aproape orizontală în caz de crimă, poate avea şi în crimă direcţia ca în sinucidere, atunci când agresorul e aşezat la spatele victimei.

3. *Părţile osoase* (osul hioid, vertebrele cu măduva)'

Secţionarea poate interesa simultan şi partea anterioară a gâtului şi ceafa; atunci când o atare secţionare e complectă, avem *decapitarea*.

III. Fracturi ale coloanei cervicale având ca origine şi o altă cauză decât secţionarea.

IV. Pierdere de substanţă, interesând părţile moi, cartilaginoase şi osoase.

V. Prezenţa unui corp strein, pe suprafaţă, în adâncimea pereţilor sau în interiorul cavităţii cervicale.

B. **Afecţiunile**

1. *Adenitele* acute şi cronice.
2. *Antraxul; fistulele; torticolis.*
3. *Tumori:* kisturile seroase; limfadenomul sau limfosarcomul, tumorile vasculare; tumorile glandei tiroidiene.

C. **Efectele**

1. Dispneea, care poate fi urmată de moarte, atunci când nu se intervine la timp, în ipoteza că intervenţia mai e posibilă.

2. Hemoragia. — Uneori se poate nota o hemoragie intensivă în canalul cervical, consecutivă ruperii complecte a sistemului ligamentos între occiput şi ceafă.

3. Comoţia măduvei coloanei cervicale.

4. Moartea consecutivă: a. *pătrunderii sângelui* în *căile respiratorii;* b. *emboliei gazoase* (pătrunderea aerului în venele mari ale gâtului); c. *secţionării măduvei;* d. *inhibiţiei* (printr'o lovire cât de uşoară a zonei laringelui); e. *asfixiei* (prezenţa în interiorul gâtului a unui bol alimentar ori a unui corp strein de orice natură); f. *extensiunii gâtului* (ridicarea corpului de cap); g. *apăsării subite a capului* înainte, înapoi, ori lateral; h. *răsucirii gâtului;* i. *compresiunii*

măduvei prin fracturile vertebrale şi care provoacă paralizia frenică; j. *bolilor intercurente* consecutive fracturilor vertebrale (pneumonie, pielonefrită ascendentă, septicemie).

V. Umerii

A. Leziunile. — Se poate nota oricare din leziunile interesând pielea, vasele, muşchii, oasele.

B. Efectele. — 1. *Durerile* pot fi uneori atribuite unei sinovite a capătului superior al porţiunii lungi a bicepsului. — Jena dureroasă se manifestă la flexiunea antebraţului pe braţ şi la ridicarea braţului (observaţia *Leclerq-Rouvier* — 1926).

2. *Moartea* în cazuri grave, cu septicemie.

VI. Toracele

La *exterior* se pot nota: toate leziunile interesând pielea, muşchii şi oasele (plesnirea şi fractura claviculelor, a sternului, a coastelor; fracturi multiple la câte o coastă izolată; înfundarea sternului şi a coastelor); emfizemul sub-cutanat; durere toracică locală, dispnee, sincopă; hemoptizie; pneumonie, tuberculoza pulmonară; fracturile şi secţionarea coloanei vertebrale, cu sau fără secţionarea superficială ori adâncă a măduvei, cu sau fără contuziunea superficială ori strivirea acesteia. — Sediul de predilecţie al fracturilor costale e linia axilară şi unghiul coastelor. — Pe stern (în comprimarea anterioară a toracelui) fracturile se notează mai ales la angulus Ludovici. Compresibilitatea toracelui la copil şi la adolescent explică faptul că, fără existenţa unor fracturi costale, se notează totuş grave leziuni interne.

Observaţii diagnosticale. — 1. *Fracturi ale coloanei cervicale* se pot produce şi prin apăsarea bruscă a capului în jos, prin ridicarea corpului de cap; în întoarcerea bruscă a capului, în căderea pe frunte. Consecutivă e moartea rapidă, dacă nu chiar instantanee.

2. *Fracturile coastelor* sunt în funcţiune de elasticitatea acestor oase. Pe când la *copii*, în contuziuni grave (călcare de vehicul, tamponare), deşi organele interne se rup, *coastele rămân nevătămate*, la *bătrâni*, din contră, coastele, din cauza calcifierii cartilajelor lor, pierd mult din elasticitate şi sunt foarte fragile. Fracturile se produc lesne şi în tabes.

Fracturile costale se mai pot produce în încercările de readucere în simţire a persoanelor cari şi-au pierdut cunoştinţa.

3. La examinarea unui *cadavru* să nu se confunde acumularea de gaze ale putrefacţiei cu emfizemul traumatic vital al peretelui toracic.

VII. Cavitatea toracică

E de observat că de regulă se notează pe plămân hipostaze sanguine în cel mult 24-36 ore după moarte.

A. Pleura

1. **Leziunile notate**: a. *hemoragie;* b. *pleurezie*, purulentă ori nu, putridă; c. *echimoze pleurale;* d. *ruptura pleurei*, cu pneumotorax sau hemopneumotorax; e. pneumonia traumatică și hipostasică. Toate aceste leziuni se pot nota chiar atunci când leziunea exterioară nu e destul de gravă ori nu există deloc.

2. Pleurezia, care poate fi o complicațiune a contuziei pulmonare, se pronunță imediat sau lent (în 3—11 zile). Atunci când e datorită unui traumatism, pleurezia se notează în zona traumatizată și e întotdeauna seroasă. — *Simptomele* ei sunt: junghiu în coastă.

B. Plămânul

1. **Leziunile notate**: a. *contuziune;* b. *rană mai mult sau mai puțin adâncă*, infectată ori nu; c. *prezența unui corp strein;* d. *abces putrid, tumoare;* e. *ruptura parenchimului pulmonar* interesând îndeosebi părțile exterioare ale lobilor și regiunea hilului: f. *îngroșarea țesutului pulmonar;* g. *hernie pulmonară;* h. *exatravazate* sub-pulmonare sau parenchimatoase; i. *emfizem interstițial;* j. *gangrena pulmonară*, k. *pneumonie;* l. *tuberculoză*.

I. **Ruptura plămânului**, deși datorită unui traumatism, se poate să nu fie justificată de nici o leziune exterioară. In unele cazuri, ea se poate explica prin elasticitatea țesutului pulmonar, prin poziția glotei în momentul traumatismului și prin gradul de repletiune cu aer a plămânului în acel moment.

II. **Hernia pulmonară** se poate și ea nota cu absența oricărei leziuni externe datorite traumatismului.

III. Contuziunea pulmonară are ca origine sau o contuziune directă sau una indirectă sau de distanță (prin subita pătrundere a aerului în plămân). Contuziunea se caracterizează prin: 1. echimoze superficiale sau sub-pleurale; 2. ingroșarea circumscrisă a organului; 3. extravazate subpleurale sau parenchimatoase, hemoragii grupate în mici focare, mare revărsare sanguină intra-pulmonară; 4. emfizem interstițial; 5. sfâșierea plămânului, totală sau parțială, deobiceiu la nivelul hilului; 6. un hemopneumotorax; 7. hemoptizie.

2. Efectele

1. Pneumonia traumatică (a nu se confunda cu o pneumonie în evoluție) e foarte rar (numai în 4% din cazuri) datorită unei acțiuni indirecte (contuzie extra-toracică). Consecutivă unei contuziuni a pieptului (care are de urmare o leziune a coastelor, a pleurei

sau a plămânilor) pneumonia se poate desvolta într'un interval liber de câteva ore sau de una până la 6 zile.

Dar pneumonia mai poate avea ca origine: un efort fizic exagerat, expunerea corpului la răcire, inspirarea de gaze nocive, pătrunderea de corpi streini în căile aeriene; o leziune cerebrală (în acest caz, după cum au dovedit-o experienţele lui Brown-Séquard, procesul pneumonic se desvolta pe plămânul opus emisferei traumatizate); o înţepare a bulbului; secţionarea pneumo-gastricului la nivelul gâtului, al bulbului, al creerului (apariţia pneumoniei la 15 zile dela provocarea leziunii printr'un proectil de armă de foc — *Verger*); inhibiţia transitorie a pneumogastricului; căderea dela o înălţime (o pneumonie mortală apărută după 4 zile dela o cădere pe sacrum — *Descazales*).

Simptomele nu întârzie să se producă în intervalul maxim de 48 ore până la 6 zile. Se notează: 1. frisonul iniţial unic sau repetat (care, în unele cazuri, apare abea după 6—12 ore); 2. urcarea vertiginoasă a temperaturii (până la 40°); 3. junghiu în coastă; 4. salivaţie sanguină, care după câteva zile devine ruginie; 5. hemoptizie caracterizată. — La autopsie hepatizarea roşie ori hepatizarea cenuşie.

II. Pneumonia hipostasică e o leziune pulmonară de cauză indirectă: decubitusul dorsal impus rănitului care a suferit o fractură mai gravă în vreo parte oarecare a corpului. *Semnele*: cu absenţa unei adevărate hepatizări, se notează numai congestia şi edemul pulmonar.

III. Gangrena pulmonară care, atunci când e consecutivă unui traumatism, trebue să se producă în maximum 3—6 săptămâni.

IV. Tuberculoza pulmonară traumatică se poate nota sub următoarele forme: 1. *reîmprospătarea unui focar tuberculos preexistent;* 2. *agravarea unei tuberculoze existente;* 3. *absenţa unui focar preexistent*, cu leziune toracică; 4. *tuberculoza consecutivă traumatismului suferit de vreo altă parte a corpului.*

Formele 1 şi 2 (tuberculosul pasiv sau stagnant şi tuberculosul activ) sunt indiscutabile, ajung numai câteva zile dela producerea traumatismului pentru isbucnirea sau agravarea bolii. Şi aceasta, pentrucă e stabilit că de regulă cicatrizarea focarelor tuberculoase nu e niciodată completă (observaţia lui *Brouardel*: o femee tânără, care *de câţiva ani părea vindecată de ftizie*, sucombă repede unei tuberculoze pulmonare acute, în urma unei căderi depe cal). Dar agravarea traumatică a unei tuberculoze nu se poate admite decât atunci când e constatată la 3—4 zile după accident.

In ce priveşte *formele 3 şi 4* chestiunea e viu controversată. Aşa, *Desclaux* (1928) contestă cu energie posibilitatea unei tuberculoze post-traumatice, dacă boala n'a preexistat în stare latentă. Şi cu drept cuvânt, pentrucă nu trebue să se ia ca punct de plecare truismul că mai nu există om, oricât de sănătos ar părea el, la care să nu poată fi identificată prezenţa bacilului lui Koch. Alţii, dimpotrivă socot cu putinţă ftizia post-traumatică (2 cazuri de tuberculoză pulmonară unilaterală, consecutivă pierderii braţului—*Spitz*, 1927; un caz după o leziune a capului cu arma de foc—*Knack*, 1926; cazuri de tuberculoză chirurgicală, vaccinatorie, infectarea ulterioară a rănii din regiunea toracică—*Magnus* 1929).

Dar, chiar admițând posibilitatea unei tuberculoze post-traumatice, în absența unui focar vechiu (în orice caz procentul n'ar putea fi mai mare de $3^0/_0$), trebue să observăm că, *dacă între data traumatismului şi pronunțarea ftiziei a trecut mai mult de 4—6 luni*, orice corelațiune intre traumatism şi boală e exclusă. E însă adevărat că hemoragii post-traumatice se pot ivi şi după ani de zile dela traumatism, fără ca ele să fie semnul unei leziuni pulmonare (*Pilod*, 1929). Pentrucă nu trebue să se uite că existența bacilului lui Koch in sânge şi deci capabil de infecțiune se mărgineşte la tuberculoza pulmonară avansată şi la tuberculoza miliară; nici chiar existența unui focar latent nu e suficientă spre a explica prezența bacilului in sânge. In ce priveşte însă infecțiunea, e de notat că aceasta trebue să se producă înainte de dispariția efectelor imediate ale rănii. In orice caz trebue să existe o leziune, dacă nu directă a plămânului, cel puțin a căilor respiratorii superioare, cum ar fi tracheea de exemplu (observația lui *Krutzsch*, 1928: la 4 luni după accident, un om de 35 ani moare de tuberculoză pulmonară; dar anamneza a stabilit că el suferise de o *inflamație acută a tracheei, notată cu două luni înainte de traumatism*).

Incontestabil însă trebue admisă tuberculoza pulmonară post-traumatică indirect datorită traumatismului, atunci când, depe urma acestuia, individul e nevoit să stea culcat vreme îndelungată, ceeace'i debilitează organismul care astfel e susceptibil de infecțiunea tuberculoasă.

V. Bronco-pneumonia, pneumonia, congestia pulmonară, edemul acut al plămânilor se notează ca urmare a traumatismului (toracic, cranian sau al unei alte părți a corpului), în alcoolismul cronic, cu *delirium tremens*. Moartea poate fi rapidă, fulgerătoare chiar şi atunci ea se explică prin acțiunea inhibitorie a traumatismului asupra pneumogastricului. Moartea în *delirium tremens* s'a observat şi la un traumatism relativ uşor: punerea cămăşii de forță.

Un traumatism în partea superioară a trunchiului poate cauza o bronşită care, neglijată, devine cronică.

5. Complicațiunile leziunilor pleurei şi ale plămânilor:

a. *Accidente infecțioase* cari se pot termina cu moartea.

b. *Complicațiuni datorite prezenței unui corp strein*. Trebue însă relevat că plămânul e foarte tolerant pentru corpii streini: un proectil, de exemplu, poate rămâne fixat şi neextras, fără să se noteze o stare patologică la individ. Atunci, însă, când avem aface cu un corp strein septic, se formează în plămân un abces putrid, care se poate inkista, dând naştere la o cavernă care simulează ftizia pulmonară.

c. *Moartea* poate surveni în câteva ore după o lovitură de cuțit care perforează pleura şi plămânul. — E de observat, însă, că pneumotoraxul unilateral nu provoacă întotdeauna moartea imediată. Ceva mai mult, dacă în partea înțepată plămânul are aderențe cu peretele toracelui, pneumotoraxul nu se produce uşor, iar plămânul, dacă n'au fost lezate vase mai mari, poate funcționa mai departe.

Moartea mai poate fi datorită șocului inhibitoriu consecutiv comoțiunii violente a peretelui anterior al toracelui.

Se poate nota și cazul de moarte prin embolia cerebrală, consecutivă fracturei claviculare și trombozei subclaviare (observația lui *Yates* și *Guest*, 1928).

C. Inima

Cardiopatiile în genere se traduc prin stări de slăbiciune, vertij, leșin care se poate agrava până la complecta pierdere a cunoștinței, iar prin acumularea unei mari cantități de sânge în pericard, leșinul se prelungește cu fenomene de compresiune cardiacă. — Din punctul de vedere etiologic, cardiopatiile se pot nota: 1. *La un individ cu inima sănătoasă până în momentul acțiunii traumatice* (inclusiv traumatismul psihic); cardiopatia aceasta se poate manifesta *brusc* (printr'o ruptură valvulară (ruptură de compensație), sau *progresiv*, în câteva săptămâni sau în câteva luni (prin endocardită traumatică). — 2. *La un cardiopat vechiu* traumatismul agravează boala (prin ruptură valvulară, prin zguduirea cardiacă, prin agravarea unei endocardite cronice).

I. Leziunile notate

In prealabil ținem să observăm, că leziunile se produc sau *direct* prin strivire, tracțiune, înțepare, sau *indirect* prin acțiunea unor fragmente osoase ascuțite.

Plesniturile intra-ventriculare pot fi și spontane: diagnosticul diferențial e acesta: în *ruptura traumatică*, diametrul orificiului septului cardiac e mai mare la exterior decât în interior; în *ruptura spontană*, diametrul interior e mai mare decât cel exterior.

Miocardita poate fi consecutivă unui atac de reumatism articular acut, care se identifică prin preexistența unor simptome de insuficiență cardiacă (dispnee, edem).

a) Pericardul

E de regulă lezat oridecâteori se notează și o leziune a miocardului. Se cunosc însă excepții de pericard nevătămat chiar în urma unui grav traumatism al inimii. (1. Glontele a practicat în pericard numai un fund de sac — observațiile lui *Justi* — 1900, *Roth, Gruber* — 1921. — 2. Individul se lovește în piept de o șină. La *autopsie:* ruptura ventriculului drept al inimii, cu cruțarea pericardului și cu absența unui hemopericard. Explicația: după cădere și ruptură, activitatea sistolică a inimii a fost redusă la minimul posibil — *Demel*, 1937). — Cât despre rupturile interesând numai pericardul, inclusiv cele spontane, ele sunt foarte rare, cum ar fi, de exemplu, observația lui *Spitzmüller* (o ruptură izolată a pericardului printr'un traumatism contuzional indirect și fără leziunea organelor învecinate; ea se explică prin tensiunea pericardului și lovirea pendulară a inimii în partea mediastinală a pericardului).

Singurele leziuni, datorite contuziunilor, ce se pot nota sunt: echimoze, hematom, pericardita uscată, pericardita supurată.

b) Endocardul

Rar se notează o endocardită infecțioasă acută, de atribuit unui traumatism. Ea e posibilă numai în cazul când, prin ruptura valvulară și ruptura endocardului, microbii prezenți în circulația sanguină atacă pe aceasta din urmă. In schimb o *endocardită sclerozantă*, lentă, progresivă, e consecutivă unei contuzii a inimii.

c) Miocardul

Leziunile notate sunt:

1. Echimoze și hemoragii sub-endocardice și endocardice. — In hemoragia sub-endocardică, sângele pătrunde printre fibrele sistemului de inervare și moartea e datorită compresiunii acestor fibre (observația lui *Cesaris*, 1928).

2. Rană mai mult sau mai puțin penetrantă; rană perforantă. — In marea majoritate a cazurilor, ele se notează la inima dreaptă, ca una ce e mai expusă prin situația ei anatomică, iar pe deasupra are pereții mai subțiri ca acei ai ventriculului stâng.

Dintre *rănile superficiale*, notăm *șanțul* săpat tangențial pe toată suprafața exterioară a inimii.

Rănile adânc *penetrante* sau *perforante* se prezintă sub forme variate: liniară, triunghiulară, rotundă, neregulată. — Aci e de observat că, excepțional, se poate nota următorul fapt curios: în peretele toracic nu se identifică decât un singur orificiu (indiferent de forma lui), iar la explorarea mai departe a leziunii se dă peste *două sau și chiar mai multe răni în inimă*. Explicația: *instrumentul cu care s'a cauzat leziunea toracică sau a fost răsucit după prima lovitură, sau a fost scos, odată sau de mai multe ori, și reînplântat în acelaș loc*. Intotdeauna se va nota un orificiu de intrare cu mult mai mare și cu forma mai mult sau mai puțin modificată decât ar trebui să ne așteptăm dela instrumentul determinat, dacă lovitura ar fi fost unică și instrumentul nerăsucit.

3. Rupturile izolate ale peretelui intern, deși rare, se pot totuș înregistra (în masajul direct al inimii—*Amreich*, 1922).

4. Rupturile izolate ale septului sunt excepționale.

5. Plesnirea inimii prin hipertensiunea sanguină intracardiacă, datorită compresiunii toracelui, însoțită de un spasm al glotei.

O interesantă observație de plesnire a inimii. — Bărbat viguros de 69 ani. E apucat de o crampă cardiacă: o mică slăbire a pulsului, o ușoară atenuare a zgomotelor inimii; ameliorare după două zile; subit, în a 3-a zi, un acces convulsiv clonic, în cursul căruia se produce moartea. *Autopsia*: hemopericard: hipertrofia și dilatarea inimii atonice; ruptură a miocardului, jos, în partea central mediană anterioară; în vecinătatea acestei plesniri două alte rupturi interesând numai partea superioară a epicardului.

6. Sarcomul, kistul hydatic, gomele sifilitice, degenerescența grăsoasă a miocardului, cari favorizează *ruptura* (traumatică ori spontană). In *ruptura spontană* sediul de predilecție e inima stângă, pentrucă pereții ei au de suportat o presiune mai mare.

7. Ruptura inimii în traumatismul indirect: o plesnire a inimii în urma unei fracturi a basinului prin călcarea individului de un vehicul sau prin tamponare (*Saphir*, 1927).

8. Ruptura inimii în cursul unei septicemii gangrenoase (Se înțeapă la mâna stângă cu un cuiu; un flegmon gangrenos complică rana; individul moare după o lună și jumătate dela accident. La *autopsie* se notează: 250 grame sânge coagulat revărsat în pericard; spre vârful inimii, la ventriculul stâng, un orificiu, stabilind comunicația între sacul pericardic și cavitatea ventriculară — *Sorel*, 1927).

9. Rupturi de tracțiune notate în marea majoritate a cazurilor la septul auricular.

10. Strivirea miocardului, uneori cu pericardul neatins.

In plesnirea traumatică sau spontană a inimii, în rănile mai adânc penetrante și cu atât mai vârtos în cele perforante, se notează întotdeauna o cantitate variabilă de sânge revărsat în pericard (dela câteva grame la o jumătate de kilogram).

11. Desprinderea inimii poate fi parțială sau totală. — In *decolarea parțială*, legăturile inimii cu vasele bazei sunt în parte rupte; iar, prin spintecătura pericardului, inima face hernie. — In *decolarea totală*, absolut toate legăturile inimii cu vasele sunt rupte, iar organul pătrunde fie în pleură fie în abdomen. In marile traumatisme, prin deschiderea cavității toracice, inima desprinsă poate ieși afară din corp (observația lui *Casper:* sub greutatea unui trunchiu de copac, toracele a plesnit, iar inima desprinsă a sărit afară la o depărtare de câțiva metri; *Hofmann* citează și el două cazuri analoage).

12. Miocardita — care e caracterizată prin inflamația mușchiului cardiac, degenerarea fibrelor musculare și desvoltarea țesutului celulo-conjunctiv interstițial dintre aceste fibre — poate fi acută sau cronică. — *Acută*, se traduce prin următoarele simptome: urcarea temperaturii, palpitații, puls rapid, slab și neregulat, paloarea feței, răcirea extremităților. — Semnele miocarditei *cronice* (coexistentă cu arterio-scleroza sau cu hipertensiunea arterială): toate simptomele miocarditei acute, în plus mărirea volumului inimii, aritmia cardiacă.

Spre a se putea atribui miocarditei o origine traumatică, trebue ca traumatismul să fi interesat direct regiunea precordială a toracelui, provocând o ruptură incomplectă și cicatrizantă a peretelui cardiac sau o dilatație localizată a acestuia.

d. Valvulele

Leziunile (ruperea sau desinserțiunea valvulelor prin ruperea cordajelor, a stâlpilor) pot fi *imediat consecutive* traumatismului inimii, ori *tardive* (ca, de exemplu, în urma unei endocardite sclerozante, efect al contuziunei inimii). In ordinea de frecvență, se notează întâiu rupturile sigmoidelor aortice, și apoi rupturile valvulei mitrale; în fine, rare de tot sunt leziunile interesând valvula tricuspidă. — Traumatismul poate fi sau o gravă contuziune a regiunii precordiale, sau un efort brusc, sau, însfârșit, un șoc psichic (cum ar fi teama), care provoacă un spasm reflex al vaselor periferice și o contracțiune musculară mai mult sau mai puțin generalizată. — Leziunile valvulare sunt favorizate fie de preexistența arteriosclerozei, fie de aceea a unei boli infecțioase (sifilis, reumatism articular).

Simptomele leziunilor valvulare (indiferent dacă ele interesează sigmoidele aortice sau aparatul mitral). — *Semnele subiective:* 1. durere în regiunea precordială sau în cea epigastrică; 2. palpitații, opresiune, dispnee, senzație de sufocare, vertij; 3. insomnie. — *Semnele obiective:* 1. pierderea cunoștinței; 2. suflul diastolic auzit la auscultație, la baza inimii atunci când e vorba de valvula aortică, și suflul sistolic perceput la vârful organului, în caz de leziune a valvulei mitrale: suflul acesta poate fi auzit și dela distanță (la 50 cm. și chiar la 1—2 metri); 3. persistența dispneei și după ce bolnavul, leșinat, își revine în simțiri.

II. Efectele

Inainte de toate vom observa că nu orice leziune gravă a inimii e mortală; sunt rupturi cari pot fi reparate prin sutură.

1. Cardiopatiile pot cauza complicațiuni tardive (de exemplu: tuberculoza pulmonară — *Rubenshon*, 1928) ori să agraveze procesul unei boli preexistente.

2. Comoția inimii, chiar fără existența unei leziuni a organului, poate fi cauză de moarte.

3. Pericardita provoacă uneori complicația pneumoniei.

4. Leziunile miocardului. — *a.* In caz de *contuziune ușoară:* sau vindecare complectă, sau o cardiopatie subsequentă; *în contuziunile grave:* agravarea car-

diopatiei preexistente: moartea instantanee sau după câteva ore, sau chiar câteva zile.

b. Rana nepenetrantă se cicatrizează încet, prin formaţiune de ţesut conjunctiv şi de sudare locală cu pericardul. De o regenerare a ţesutului miocardic nu poate fi vorba.

c. Rana perforantă, dacă nu se produce intervenţiunea chirurgicală, are ca urmare, după importanţa rupturii, moartea rapidă sau tardivă (statistica lui *Schuster:* pentru 82 de cazuri de rupturi ale cordului: 1. moartea instantanee în 24 cazuri; 2. rapidă, după câteva minute, în 29 observaţii; 3. tardivă — câteva ore ori chiar câteva zile — în restul de 29 cazuri). Moartea e datorită revărsării sângelui în pericard (tamponada pericardică).

5. Leziunile valvulare pot avea ca urmare o cardiopatie suportabilă uneori timp de ani, cu condiţia însă ca bolnavul să nu mai facă nici un efort mai mare, care provoacă moartea, dacă nu fulgerătoare în orice caz rapidă. In unele cazuri grave, leziunea poate cauza moartea în maximum 1—2 ani. Excepţional leziunile valvulare se vindecă singure (observaţia lui *Costiaux-Laugier:* la autopsia făcută după 20 ani dela traumatismul care cauzase insuficienţa aortică, nu s'a mai găsit nici o urmă de leziune a valvulei sigmoide).

D. **Diafragma**

I. **Leziunile.** — 1. *Ruptura izolată* a diafagmei e o raritate, pentrucă deobiceiu leziunea acestui muşchiu se întâlneşte concomitent cu o leziune toracică sau abdominală. — După *Cosăcescu şi Zlotescu* (1927) ruptura traumatică subcutanată şi izolată a diafragmei se poate produce: *a)* prin fragmentul unei coaste rupte; *b)* prin efectul unei comoţiuni grave.

Ruptura diafragmei poate fi însoţită de o hernie diafragmatică.

II. **Efectele.** — Izolată ori nu, ruptura diafragmatică e periculoasă prin invaziunea viscerelor abdominale în cavitatea toracică.

VIII. Abdomenul

La exterior se pot nota:

1. **Toate leziunile** interesând pielea, musculatura şi vasele, descrise la examenul somatic general. In ce priveşte rănile datorite instrumentelor tăioase sau înţepătoare, e de observat că o lamă scurtă poate cauza o rană mai adâncă decât am putea deduce din lungimea lamei: *Lacassagne,* care explică această curiozitate prin elasticitatea şi depresibilitatea peretelui abdominal, numeşte aceste răni *plaies en accordeon.*

2. Mai putem nota şi **eventrarea**, adică spintecarea abdomenului, cu sau fără ieşirea măruntaielor.

3. **Distrofia adiposo-genitală** a abdomenului şi a regiunii basinului, efect al unei degenerescenţe grăsoase de natură hipofisară.— aceasta din urmă fiind consecutivă unei fracturi a bazei craniului cu plesnirea sfenoidului şi a dosului şelei turceşti.

4. Sindromul paraperitoneal (contracturi localizate, vărsături, în rănile nepetrante.

* * *

De observat că, în contuzia cât de ușoară, chiar fără urmă exterioară, se poate produce moartea fulgerătoare (prin inhibiție).

IX. Cavitatea abdominală

In *cavitatea abdominală*, în afară de leziunile interesând diversele organe, putem nota:

1. O *hemoragie* internă.
2. O *infecție peritoneală.*
3. O *peritonită perforantă.*
4. *Hipostaze viscerale* la stomac și intestine, la rinichi și vesica urinară.
5. *Periviscerite* consecutive la răni sau contuziuni, urmate de formațiune de hematomi; aderențele se notează îndeosebi în caz de infecție preexistentă (tuberculoză, sifilis, entero-colită); imflamația se poate propaga la distanță prin vasele limfatice sau prin desvoltarea unei epiploite subacute.
6. *Leziuni intestinale; rupturi mesenteriale, leziuni ale epliplonului; rupturi, plesniri sau striviri ale stomacului, ficatului, splinei, rinichilor, vesicei, uterului gravid* (în contuzii).

A. Stomacul și intestinele

(Vezi examenul tubului digestiv la cap. „Examenul somatic general", Vol. II).

B. Hernia

Putând fi unice sau duble (apărând simultan sau succesiv), herniile sunt de *volum* foarte variabil: dela mărimea unei alune, a unui ou de găină, la aceea a unui cap de copil sau chiar mai considerabilă. — *Forma* e și ea variabilă: lunguiață, ovalară, emisferică; fără formă definitivă, atunci când măruntaiele țâșnesc afară din cavitatea abdominală (în caz de eventrație).

Hernia obicinuită se prezintă sub forma unei tumori, al cărei înveliș e format de piele și sacul herniar (o porțiune a peritoniului), iar conținutul e constituit de epiplon și de intestine (de regulă intestinul subțire, foarte rar intestinul gros și excepțional vesica, ovarele, trompele).

Tumoarea hernială nu modifică întru nimic colorațiunea obicinuită a pielei. E reductibilă: scade de volum și poate chiar să dispară complect prin reintrarea intestinului în abdomen, fie sub acțiunea presiunii digitale, fie chiar, numai prin repausul prelungit al culcării pe spate. Dimpotrivă, volumul crește atunci când, fără bandajul special, individul stă în picioare, tușește, face vreun efort violent.

a. Observațiuni diagnosticale

1. Hernia poate fi și *latentă* ori chiar *congenitală*, iar traumatismul (efortul) nu face decât să înlesnească apariția ei. Pe când hernia *pur traumatică* se declară aproape fulgerător. In general ea se produce prin împingerea progresivă a peritoniului sau prin dilatarea fosetelor peritoneale preexistente, sub influența eforturilor repetate.

2. Dar și *hernia pur traumatică*, în foarte multe cazuri, s'ar putea explica printr'o predispoziție herniară, care se caracterizează prin : a. inserțiunea vertebrală joasă a mesenterului; *b.* o slăbire generală sau localizată a peretelui abdominal; *c.* absența tonicității musculaturii abdominale, congenitală sau dobândită (la obezi slăbiți, la ascitici, după resorbirea lichidului).

3. *Hernia inguinală* nu se produce spontan decât excepțional la un om sănătos; dacă omul are numai aparența de sănătate, atunci hernia se explică prin existența unei slăbiri congenitale sau dobândite a peretelui abdominal, iar hernia și-a croit încet drumul. — Hernia inguinală *congenitală* se produce prin angajarea bruscă a intestinului într'un sac dinainte constituit, urmă a trajectului vagino-peritoneal.

4. Numai excepțional herniile *crurală, ombilicală* și *epigastrică* pot fi atribuite unui traumatism.

Simptomele herniilor. — Se notează : colici surde în vecinătatea tumorii herniale; o senzație de apăsare; digestii penibile; dureri mari în timpul tusei. — Durerea nu e în raport cu volumul herniei: o hernie foarte mare poate fi indoloră, pe când una de mărimea numai a unei alune poate cauza, la cel mai mic efort, o senzație foarte penibilă. — Având mereu tendința de a crește, atunci când capătă un volum excesiv, hernia poate deveni ireductibilă și în cazul acesta e indicată intervenția chirurgicală. Dar aceasta din urmă poate fi periculoasă, când e vorba de un individ în vârstă înaintată, de o mare slăbiciune fizică sau, din contră, de o obezitate foarte pronunțată.

b. Complicațiunile herniei

1. *Acumularea de materii fecale într'o ansă intestinală herniată :* ansa destinsă se poate gâtui. — Semnele acestei complicațiuni : o mare sensibilitate a herniei, dureri abdominale, constipație apoi resoluție sau simptome de strangulare intestinală.

2. *Strangularea intestinală* e cu atât mai frecventă, cu cât hernia e mai mică (în marea majoritate a cazurilor de hernie crurală). Ansa strangulată, pe care se vede un șanț de constricțiune, se sfacelează repede și capătă o nuanță gangrenoasă de foaie veștedă. In caz de perforare, conținutul intestinal pătrunde în cavitatea abdominală, — de unde o peritonită deobiceiu mortală.

Semnele exterioare ale strangulării intestinale: 1. creșterea subită a herniei care devine ireductibilă; 2. indispoziție generală, greață, vărsături alimentare, mucoase sau bilioase; 3. constipație rebelă, cu oprirea gazelor in intestin; 4. la nivelul herniei se vede o tumoare rotundă, elastică, fluctuantă, ireductibilă, dureroasă, cu pielea roșie, umflată; 5 după 4 sau 5 zile, uneori chiar numai la 24 ore dela apariția strangulării, vărsăturile devin fecaloide (o materie albicioasă, gălbue, fetidă); 6. alterarea trăsăturilor feței, exoftalmia, subțiarea nasului; 7. pulsul mic rapid, apoi intermitent; 8 răcirea extremităților; 9. suprimarea excrețiunii urinare; 10. o ultimă vomitare și moartea. — Uneori se poate nota o deschidere spontană a intestinului în peretele abdominal gangrenat, cu formarea unui anus contra-naturii.

3. *Moartea* foarte frecventă in herniile prin eventrare.

c. Tipurile de hernii

După *localizare*, putem nota următoarele tipuri herniale:

I. Hernia crurală, care se produce prin inelul crural, e foarte mică și de regulă volumul ei nu depășește pe acela al unei nuci.

II. Hernia inguinală, foarte frecventă la bărbat și foarte rară la femee, se produce deobiceiu pe linia cordonului spermatic, în mijlocul acestuia, într'un canal vagino-peritoneal. Uneori hernia poate fi înconjurată de un hidrocel. Numai rareori hernia se produce în afară de cordonul spermatic. Provoacă uneori vărsături și leșin

Hernia inguinală vaginală se întâlnește foarte des la copiii mici (prematuri, slabi, rahitici), la adulți (atunci când nu datează din epoca infantilă) între 20 și 30 ani, iar la bătrâni e foarte frecventă (în proporție de 1 la 9).

III. Hernia ombilicală se produce prin inelul ombilical, îndeosebi la copii de ambele sexe și la femee după 40 ani. — In caz când tumoarea hernială a contractat aderențe, durerile sunt frecvente (colici).

IV. Hernia epigastrică sau a *liniei albe* se produce deasupra ombilicului. Deobiceiu de mărimea unei nuci, maximum aceea a unei mandarine, hernia ombilicală poate, excepțional, să fie și foarte voluminoasă. — E foarte dureroasă și uneori provoacă vărsături.

V. Hernia prin eventrațiune: ieșirea măruntaelor din cavitatea abdominală, indiferent de zonă, prin ruperea, sfâșierea peretelui abdominal.

VI. Hernia diafragmatică (uneori congenitală) se produce printr'o ruptură a diafragmei. Ea poate fi tardivă, adică după un timp mai mult sau mai puțin lung dela traumatism, după cum o ilustrează următoarea observație:

O compresiune toracică în sens lateral determină un hemotorax, urmat de o bronșită, apoi de pleurezie și de piopneumotorax. După 7 ani dela traumatism, rănitul prezintă dispnee după fiece masă, o boltire precordială, o respirație anormală a zonei de sonoritate toracică din stânga. Intervenția chirurgicală constată aderențe mari între viscerele herniate și pericard (*Etienne-Sicard*, 1927).

C. Ficatul

1. Leziunile

Unice sau multiple ele se prezintă sub următoarele forme:

a. Rupturi ale parenchimului hepatic și ale capsulei. — Cel mai frecvent, rupturile se notează în partea mijlocie a ficatului, în partea anterioară, îndeosebi la convexitate și la marginea lobului drept. In marea majoritate a cazurilor ele au o direcțiune sagitală.

b. Desprinderea capsulei, cu hematom subseros în zona atinsă.

c. Leziuni în vecinătatea ligamentului suspensor.

d. Ruptura vesicei biliare.

e. Hemoragii în focar în interiorul parenchimului.

f. Hematomi ai suprafeţei ficatului. consecutivi rupturii subcapsulare.

2. Observaţiuni **diagnosticale**

Rupturile ficatului sunt favorizate de o stare patologică (degenerescenţa grăsoasă, intoxicaţia fosforică. eclampsia. dilatarea prin mărirea conţinutului sanguin).

3. **Efectele leziunilor hepatice:**

a. Congesiunea ficatului. — *Ciroza,* contestată însă, atunci când i se atribue o origine traumatică. — *Cirozele biliare.*

b. Icter cu sau fără temperatură mare. acompaniat sau nu de turburări nervoase.

c. Vii dureri abdominale. Litiasa biliară şi *colicile hepatice.*

d. Contractura intensă a peretelui abdominal —„ventre de bois“,— care poate fi consecutivă unei spărturi a ficatului.

e. Abcesul şi *cancerul ficatului,* cari pot fi identificate abea după câteva luni dela producerea traumatismului.

f. Peritonita generalizată prin propagarea microbilor de infecţiune, ce pot fi conţinuţi în vesica biliară ruptă.

g. Moartea consecutivă oricăreia din leziunile notate.

D. Splina

In prealabil e de observat că se pot produce şi rupturi spontane ale splinei, îndeosebi când aceasta e patalogic alterată.

1. Leziunile

a. Ruptura ori plesnirea, notată mai frecvent în direcţiune transversală, e întotdeauna favorizată la o splină patologic alterată (malaria. febra tifoidă, leucemia).

b. Dilatarea splinei prin conţinutul sanguin din ea. — *Splenomegalia* (o splină de 3500 gr. observată de *Legène*-1927) poate fi datorită unei stări patologice preexistente: 1. *ciroza ficatului* la alcoolici. sifilitici, cardiaci; 2. *afecţiunile sângelui* (leucemia mieloidă, anemia pseudo-leucemică. eritrocitemia); 3. *infecţiunile cronice* (paludismul. febra recurentă, sifilisul, tuberculoza, endocardita infecţioasă); 4. *tumorile* (kist sau cancer); 5. *morbul lui Banti.*

c. Ramolirea parenchimului splinei

d. Leziunea capsulară. — Uneori se poate nota o strivire subcapsulară. cu capsula foarte puţin atinsă sau chiar intactă. Capsula sfăşiată poate fi inchircită ca un capuşon, la nivelul pierderii de substanţă.

e. Hematomul splenic poate să se formeze sub capsulă sau în loja splenică. — 1. *Hematomul peri-splenic* apasă asupra diafragmei, creând astfel simptome respiratorii. — 2. *Hematomul intra-splenic* se poate ulterior transforma în kist care, la rândul lui, să se rupă.

Simptomele. — Leziunile splinei se manifestă prin: 1. durere vie; 2. sincopă imediată sau tardivă; 3. rezistenţă musculară; 4. mărirea mobilităţii splinei; 5. slăbirea pulsului.

2. Efectele

a. Cea mai gravă notaţiune e *hemoragia internă*, care se poate manifesta în trei faze: 1. *perioada de debut* cu fenomene de şoc; 2. *perioada latentă* de câteva ore până la câteva zile sau chiar 1-2 săptămâni; 3. *perioada finală*. — Hemoragia, care se produce spontan sau consecutiv unui mic efort, e însoţită de o durere violentă, cu un junghiu. *Brutală*, hemoragia internă cauzează moartea in mai puţin de o oră dela traumatism. — In cea *latentă*, sfârşitul letal poate întârzia până la două săptămâni, dar atunci moartea survine brusc, în timpul când bolnavul era socotit în afară de orice primejdie.

b. *Mobilitatea sau deplasarea splinei.*

c. *Kisturile hidatice.*

d. *Icterul* care trebue atribuit unei leziuni prin repercursiune a ficatului şi resorbţiunii sanguine.

e. *Anemia* — complicaţiune tardivă, care se poate ivi şi după doi ani dela intervenţia chirurgicală pentru repararea unei leziuni splenice.

E. Rinichii şi vesica

Semnele generale ale unei leziuni sau afecţiuni a aparatului urinar sunt, în însăş ordinea gravităţii: 1. *echimozele la distanţă* (pe vintre, pe inelul inguinal, pe scrotum) a căror apariţie nu e simultană cu însăş producerea leziunii renale, ci întârzie 6-7 zile; 2. *tumoarea lombară* (revărsarea sanguină perinefritică); 3. *albuminuria;* 4. *hematuria;* 5. *moartea.* E de observat că încetarea unei hematurii nu indică neapărat restabilirea funcţiunii renale; aceasta poate fi un semn de excluderea rinichiului, ceeace se constată prin cateterism.

1. Rinichii

I. *Leziunile* suferite de rinichi pot fi:

a. O simplă zguduire care se poate traduce prin nefroză, adică un proces de degenerare a ţesutului organului sau prin formarea unui kist.

b. O contuziune (consecinţă a unui traumatism al abdomenului), cu sau fără prezenţa unor echimoze sub-capsulare, se traduce prin dureri violente în regiunea lombară, edem, anasarc cu hematurie, oligurie şi anurie şi prin pierderea cunoştinţei, cari sunt semnele neîndoioase ale unei nefrite acute hemoragice. Uneori se notează şi coma, care se poate produce cu o întârziere de până la o săptămână. Nefrita acută e adesea mortală. Ajunge ca numai un singur rinichiu să se fi resimțit de efectul contuziei, pentruca și celalt rinichiu să se îmbolnăvească: lysinele renale, adică produsele de desintegrare ale epiteliilor unuia dintre rinichi, sunt capabile de a da naștere la grave alterațiuni în celalt rinichiu (experiențele demonstrative ale lui *Castaigne* și *Rothery*).—La *autopsie*: rinichii măriți de volum, comprimați în capsula lor, cu numeroase mici echimoze hemoragice la baza piramidelor și cu necroza și degenerarea grăsoasă a epiteliilor tubilor contorți; uneori se notează o scleroză interstițială, ca efect al cicatrizării leziunii.

c. **Strivirea** se traduce prin semnele unei nefrite acute și cauzează o hemoragie intensă în basinul rinichilor.

d. **Rupturile** sunt mortale în foarte mare proporție (aproape 50 la sută din cazuri), mai ales când sunt însoțite de leziuni ale splinei și ficatului, de leziuni peritoneale și de fracturi ale oaselor din vecinătate.—Deobiceiu unică, ruptura poate fi și multiplă; forma ei e lineară sau stelată.

In *ruptura unică și complectă*, rinichiul e despărțit în două jumătăți aproape egale, interesând și organul propiu-zis și capsula suprarenală. La *autopsie* se notează: 1. focare sanguine în substanța corticală și medulară, sufuziuni sanguine ale capsulelor și ale țesutului pericapsular la hil; 2. hematomul subcapsular; 3. comunicare între focarul de ruptură deoparte, basinetul și ureterele de alta; 4. prin invazia microbiană în cheagul sanguin și în parenchimul renal se produce o supurație cu abces în rinichiu și în zona perirenală; 5. revărsări sanguine în vecinătatea adipoasă.

e. **Desprinderea rinichiului.**

Observațiuni diagnosticale:

1. *Ruptura* transversală, atunci când e perpendiculară pe axa longitudinală, pornește de regulă dela hil.

2. *Ruptura* se poate nota și când nu există o urmă de violență pe peretele abdominal. De exemplu: *a.* în căderea dela înălțime pe un obiect tare, rinichiul e comprimat între acest corp și unghiul format de coasta a 12-a și de apofisa transversă a primei vertebre lombare; *b.* în compresiunea violentă a peretelui abdominal, prin trecerea unei roți ori în tamponare, rinichiul poate plesni.

3. *Ruptura vitală* se diferențiază de cea *post-mortală* prin aceea că în aceasta din urmă lipsesc sufuziunile întinse ale capsulelor și ale țesutului pericapsular la hil.

II. *Efectele* și complicațiile eventuale ale leziunelor renale pot fi:

a. Calculii renali de origine traumatică (dovedită prin prezența unui chiag sanguin în centrul lor) sunt consecutivi unei leziuni directe a rinichiului, unei fracturi a coloanei vertebrale, paraliziei medulare, unei pareze a basinului renal şi a ureterelor. — Se traduc prin durere lombară, colici nefritice, hematurie de scurtă durată şi au drept complicaţiune pielonefrita

Observaţiune diagnosticală. — Prezenţa acidului uric în jurul chiagului sanguin din centrul calculului arată o predispoziţie la *litiasa renală.*

b. Cancerul renal, de volum şi consistenţă variabilă, mobil sau fix, se traduce prin durere vie în regiunea inguinală, colică nefritică, hematurie, cachexie.

c. Hydronefrosa (distensiunea prin urină a calicelor şi a basinetului) se traduce printr'o tumoare rotunjită, lobată sau netedă, în regiunea lombară.

d. Nefrita acută pasageră (albuminurie febrilă); *nefrita supra-acută* (anurie) *nefrita acută tipică* (oligurie, edem al pleoapelor, al glesnei, al gambei, anasarc, precoce hipertensiune cardio-vasculară).

e. Nefrita cronică poate fi sau consecutivă unei nefrite acute sau să se instaleze deadreptul în urma unei infecţiuni lente şi atenuate (sifilis terţiar, tuberculoză, paludism, saturnism, alcoolism, arterio-scleroza). — *In viaţă* se traduce prin dispnee, edem persistent la nivelul maleolelor, cefalee, vertij, epistaxis, turburări oculare, hemiparezie, albuminurie, chloruremie. — La *autopsie*: sau un rinichiu mărit, albicios, sau un rinichiu contractat, fin lobulat, roşu.

Observaţiuni diagnosticale. — 1. O nefrită poate exista în stare *latentă*, iar traumatismul are numai de efect de a o deslănţui sau de a o agrava. — 2. Nefrita poate avea ca origine şi o *embolie.*

f. Perinefrita sau flegmonul perinefritic. Se manifestă prin frison, dureri lombare, febră neregulată, o tumefacţie în regiunea lombară cu edem superficial.

g. Pielita şi pielonefrita uneori asociate cu o nefrită cronică. — *Semnele:* frison, febră, anorexie absolută, vărsături, cefalalgie violentă, dureri de şale, urină purulentă, tumefacţie renală.

h. Rinichiul amiloid. — *Semnele*: urină foarte abundentă (până la 4 litri în 24 ore) şi bogată în albumină.

i. Tuberculoza renală; sifilisul renal. — Primele simptome de agravare a tuberculozei renale preexistente apar la 2—3 săptămâni după traumatism.

j. Uremia. — Atunci cînd e *lentă*, se traduce prin: accese de dispnee asemănătoare astmei, bronşită cu repetiţiune, edem pulmonar, toropeală, cefalee, delir, hemoragie transitorie, miosis, turburări gastro-intestinale. — *Semnele uremiei acute:* turburări respiratorii şi digestive ca în uremia lentă, paloarea feţei, hipertensiune, delir difus, convulsiuni tonice sau clonice, coma.

2. Vesica urinară şi ureterele

I. Leziunile ce se pot nota:

a. Prezenţa unui corp streiu (proectil, aşchie de os vecin, fragment de îmbrăcăminte) în vesică.

b. Fistulă vesico-perineală, vesico-rectală, vesico-uterină, vesico-vaginală, vesico-utero-vaginală.

c. Hernie. — Extrofie. — Prolapsus sau cistocelul.

d. Tumoare vesicală (fibrom, sarcom, myom, papilom, epiteliom), primitivă sau efect secundar al unui neoplasm al rectului sau al uterului.

e. Inflamaţie sau cistită, acută sau cronică.

f. Rupturile, de regulă ca un efect secundar al fracturilor basinului, pot fi şi *izolate*, dar aceasta numai excepţional (în deosebi atunci când vesica a fost plină în momentul traumatismului).

g. **Ruptură a ureterelor**

Observaţiuni diagnosticale. — Rupturile vesicale pot fi provocate de *loviri pe epigastru, pe şezut* (obs. lui *Brenner*—1925); se pot produce în timpul *coitului* (obs. *Kennard,* 1925); în cursul operaţiei de calculi (*Ulmann*).

II. Efectele leziunilor vesicale pot fi:

a. Calculi vesicali, primitivi sau secundari, cu vesica aseptică sau infectată.
b. Turburări de infiltraţie urinoasă în peritoniu, în caz de ruptură a vesicei.

F. Genitalele

Urmând să examinăm separat leziunile şi efectele acestora la organele genitale ale ambelor sexe, ţinem să stăruim asupra valorii medico-legale a *tuberculozei* de origine traumatică a acestor organe.

Zollinger (1927), care a consacrat acestei chestiuni un studiu documentat, conchide că infecţiunea nu se poate explica decât prin preexistenţa unui focar, ai cărui bacili, graţie traumatismului, au putut invada regiunea vecină. Ca să se poată invoca o corelaţiune directă între traumatism şi tuberculoza genitalelor, trebue ca violenţa să fi fost de aşa natură, încât să provoace o leziune anatomică însemnată a organului infectat. Primele simptome tipice pentru testicule şi epididim apar într'un interval liber de 3—4 săptămâni sau de câteva luni.

1. Organele genitale bărbăteşti

A. Leziunile pot interesa: 1. învelişurile testiculelor (scrotumul, dartosul, cremasterul, vaginala); 2. testiculul, epididimul şi canalele deferente; 3. vesiculele seminale; 4. prostata; 5. funcţiunea spermatogenică; 6. penisul.

a. Scrotumul: 1. *contuziuni uşoare,* cari se traduc prin echimoze albăstrui şi cari pot interesa şi penisul, perineul şi coapsele; 2. *contuziuni mai grave,* — se formează un hematom ca o tumoare piriformă; hemoragia subcutanată se poate propaga la regiunea abdominală inferioară; 3. *elephantiasis;* 4. *flegmon simplu* sau *difuz;* 5. *rupturi* sau *sfâşieri scrotale,* cu sau fără herniarea testiculelor; 6. *vaginalita* (inflamaţie a seroasei testiculare) *acută* sau *cronică;* 7. *hydrocel; hematocel vaginal.*

b. Testiculele: 1. *inversiunea testiculară;* 2. *contuziuni;* 3. *luxaţiune* (urcarea testiculului până la vintre şi fixarea lui sub piele); 4. *fongus* cu posibilitate de infecţiune; 5. *epididimită* şi *orchită* (urliană, scarlatinoasă, tifoidă, variolică; orchi-epididimită paludeană, tuberculoasă, sifilitică, reumastismală); 6. *sifilis al testiculului;* 7. *tumorile testiculare;* 8. *ruptură;* 9. *strivirea* are ca efect imbibarea cu sânge a testiculelor, imflamaţia şi atrofia acestora, gangrena testiculară; 10. *castrarea.*

Observaţie diagnosticală. — In ce priveşte tumorile testiculare e de observat că ele se pot manifesta după trecerea de ani dela producerea leziunii. (Două interesante observaţii ale lui *Kopus*—1929: I. După 4 ani dela o rănire cu alice se pronunţă un sarcom al testiculului stâng care are de urmare moartea după 6 luni. — II. O tumoare carcinomatoasă se produce după 6 ani dela lovirea testiculului cu un proectil; moarte prin metastază pulmonară).

c. Vesiculele seminale. — Leziunea cea mai frecventă e inflamaţia acută sau cronică *(spermato-cistita).*

d. Prostata: 1. *prostatita acută* (glandulară, parenchimatoasă sau abces al prostatei); 2. *prostatita cronică*; 3. *hipertrofia prostatei*; 4. *tuberculoza*; 5. *tumoarea* (cancerul) prostatei.

e. Funcţiunea spermatogenetică. Turburările acesteia se traduc prin: 1. *spermatoree*; 2. *aspermatism*; 3. *dispermatism*.

f. Penisul.— 1. *Tracţiune.*— 2. *Jupuire.* — 3. *Contuziune gravă* care, prin formarea hematomului, poate da loc la o indurare localizată, la un abces şi chiar la gangrenă. — 4. *Strivirea* membrului viril. — 5. *Ruptura* sau *mutilarea* (în care intră şi circumciziunea şi castrarea).— 6. *Frângerea* sau *smulgerea* parţială ori totală. — 7. *Balano-postita* (inflamaţia balano-prepuţială). — 8. *Cancerul* penisului. — 9. *Şancrul.* — 10. *Infiltraţiune de urină.* — 11. *Gangrena.* — 12. *Nodozităţi în teaca corpilor cavernoşi* cu deviarea penisului în erecţiune. — 13. *Necroza circumscrisă.* — 14. *Ligatura* penisului.

B. In ce priveşte efectele:

a. O contuzie cât de uşoară a testiculelor poate cauza moartea prin inhibiţie.

b. Oricare din leziunile mai grave pot face pe individ incapabil de a procrea.

2. Genitalele feminine

A. Leziunile se pot nota la: vulvă, vagin, clitoris, himen, uter, ovare şi trompe.

In ce priveşte etiologia lor, leziunile pot avea ca origine: 1. manopere abortive (vezi: capitolul „Avortul" vol. II); 2. coitul brutal, consimţit sau silit (vezi: cap. „Atentatul la pudoare", vol. II); 3. facerea (vezi capitolul respectiv, vol. II); 4. crima, accidentul sau manopere făcute de însăş persoana examinată (vezi: cap. „Atentatul la pudoare").

a. Vulva: 1. *vulvita şi vulvo-vaginita*; 2. *bartholinita*; 3. *erupţiuni vulvare* (herpes, erisipel, eczema, plesnituri, pustule, furunculi, prurit, leucoplasie, papilomi, sifilis, şancrul moale, scleroza atrofică a pielei şi a mucoasei; leziuni eritematoase sau nodulare de natură tuberculoasă); 4. *tumori* (cancer al vulvei, kist al buzelor mari); 5. *hematom* a cărui origină poate fi şi o contuziune indirectă — o presiune exercitată pe osul pubian — observaţia lui *Rusin*, 1928); 6. *plesnirea varicelor*; 7. *tăitură, ruptură.*

b. **Vaginul:** 1. *vaginismul;* 2. *flegmon și abces;* 3. *prolapsus vaginal* (cistocel și rectocel); 4. *tumori* (cancer, kist); 5. *cicatrice vicioasă* (care are de urmare un viciu de conformațiune); 6. *ruptură;* 7. *ulcerațiune;* 8. *prezența de corpi streini;* 9. *fistula genito-urinară* și *fistula genito-rectală;* 10. *leziunile himenale* (vezi capitolul „Atentatul la pudoare", vol. II); 11. *hemoragii* (foarte periculoase, mai ales când se produc în regiunea *clitorisului).*

c. **Uterul:** 1. *ocluziune* și *imperforare* consecutive unei cauterizări, unei ulcerări a colului, unei rupturi; 2. *ruptură* sau *perforare,* care poate avea ca origine și biopsia, cu ocazia prelevării unei porțiuni din tumoarea uterină, în vederea examenului histologic; 3. *corpi streini în uter;* 4. *prolapsus uterin;* 5. *deviațiunile uterine;* 6. *metritele* acute și cronice; 7. *fibromi, myomi, fibro-myomi;* 8. *sarcomul și chorio-epiteliomul;* 9. *cancerul uterului:* cancer al colului, cancer al corpului uterului, cari se manifestă prin hemoragii și scurgeri leucoreice.

d. **Ovarele și trompele:** 1. *inflamația* acută sau *cronică;* 2. *salpingita, salpingo-ovarita,* acută sau cronică; 3. *ovarita cronică;* 4. *tumori* (kistul mucoid, kistul dermoid, fibromul, mixiomul, angiomul, sarcomul și cancerul primitiv sau secundar unui cancer al uterului sau al tubului digestiv); 5. *ovaralgia* (nevralgiile pelviene); 6. *hematocelul pelvian, retro-uterin, peri-uterin* (consecutive unei hemoragii a trompelor).

B.— In ce privește efectele, dacă nu sunt mortale, ele pot totuș compromite grav sănătatea femeii și să cauzeze și sterilitatea.

X. Șira spinării

A.— Particularitățile, datorite sau nu unei leziuni, ale coloanei vertebrale sunt: *cifosa, lordosa, scoliosa* (simptomatică și esențială), *spina bifida, absența unei vertebre, sacralizarea* (a 5-a vertebră lombară are aspectul anatomic al primei vertebre sacrale).

B.— Bolile ce se pot nota: 1. *osteitele* sau *spondilitele* (morbul lui Pott); 2. *lomartria;* 3. *cancerul.*

C.— Leziunile variază după natura traumatismului.

1. **Comoția coloanei vertebrale** (cu sau fără traumatism direct, prin simplu traumatism psihic: spaimă) se traduce prin durere, turburări funcționale, paralizia pasageră a tuturor membrelor sau numai aceea a picioarelor; afecțiunea cunoscută sub numele de *railway-spine* (paralizia datorită șocului psihic produs în cursul accidentelor de cale ferată), care se manifestă prin turburări vasomotrice, iritație afectivă, confuziune mintală, paralizia histerică, tremur.

2. **Compresiunea** poate da naștere la: 1. *mielopatia* (tabes dorsal, scleroza în plăci, scleroza laterală amiotrofică, polineurita anterioară, siringo-mielia); 2. *ramolismentul măduvei spinării* (procesul

morbid poate fi lung — aproape un an, fără ca în interval să se producă turburări funcţionale însemnate şi, uneori, fără identificarea unei hemoragii: observaţia *Bodechel-Guttmann*, 1929).

3. O simplă lovitură uşoară (comoţie sau compresiune) poate da naştere morbului lui *Kümmel:* după un interval liber se produce o *rarefiare a corpilor coloanei vertebrale,* cu *o pierdere de substanţă vertebrală* şi cu *apariţia terminală a unei cifose angulare.* Morbul acesta, la care nu se verifică niciodată supuraţie (ca în spondilita tuberculoasă, în îngroşarea întregei mase osoase, în procesele sifilitice, în artrita deformantă) e de atribuit unui traumatism care provoacă leziuni ale substanţei vertebrale sau ale ligamentului vertebral.

4. Leziuni izolate ale meningelor rachidiane sunt foarte rare şi ele se notează în două forme clinice: 1. scurgerea lichidului cefalo-rachidian: 2. fistula cefalo-rachidiană.

Eventualele pete echimotice, notate la autopsie, nu trebuesc numai decât socotite ca vitale, de oarece adesea se formează hipostase sanguine pe învelişurile măduvei, îndeosebi pe pia-mater.

5. Hematomielia e consecutivă unei *rupturi medulare.* Aceasta din urmă poate fi produsă: a. *direct,* printr'o fractură vertebrală; *b.* prin *repercursiune,* adică fără lezarea directă a măduvei şi numai prin simpla *comoţiune* (căderea în picioare, explozie), prin *compresiunea şirei spinării,* sau ca efect al *bruşcei decompresiuni atmosferice* (la scafandrieri şi la acei cari lucrează în clopotele de scufundat).

Hematomielia se traduce: *in interior* prin hemoragia capilară, focare hemoragice; *la exterior* prin turburări de sensibilitate, atrofia musculară a grupurilor paralizate, incontinenţă urinară, cachexie pronunţată. *Iar ca urmare tardivă se poate uneori înregistra apoplexia* (la 1 an dela accident — observaţia lui *Benda,* 1929). — O observaţie, şi mai edificatoare in ce priveşte valoarea diagnosticală chiar a unui traumatism nu prea grav, e aceea făcută de *Laignel-Lavastine* şi *Desoille* (1929): O fată de 18 ani (în antecedentele căreia se identifică eredo-sifilisul), pe când şedea pe marginea unui basin de înotat, e lovită, în regiunea cervico-dorsală, de un push-ball căzut numai dela o înălţime de 2 metri. Violenţa traumatismului a fost mai mică decât aceea a unei puternice lovituri de pumn. Fata pierde cunoştinţa, dar cade pe spate şi imediat se pronunţă paralizia celor patru membre. *La nivelul punctului traumatizat nu s'a notat nici o echimoză.* Examenul clinic şi radiografic a eliminat ipoteza preexistenţei morbului lui Pott. Anamneza exclude şi hiperflexiunea vertebrală. Explicaţia, după autori, ar putea fi o fragilitate vasculară specială.

6. Mielita acută şi cronică.

7. Siringo-mielia — afecţiunile consecutive formării unei cavităţi sau a unui gliom intramedular, interesând şi substanţa albă şi cea cenuşie. Se traduce prin: atrofia musculară; paralizia membrelor inferioare, însoţită de paraplegie spasmodică; dispariţia sensibilităţii dureroase şi termice; turburări în nutriţiune (crăpături ale pielei); deformarea unghiilor, panariciu, ortropatii asemănătoare celor ale tabesului; cifosă, scoliosă.

Originea siringo-mieliei poate fi sau o hemato-mielie preexistentă sau o neurită ascendentă în legătură cu o leziune periferică infectată. E de notat că siringo-mielia de origine traumatică poate apare tardiv după 5—15 ani. — *La autopsie*, in cazurile de siringomielie tardivă, se notează cavităţi cicatriciale consecutive fie unei hemoragii, fiei unei rupturi a ţesutului.

8. **Fracturi ale vertebrelor** *cu sau fără strivirea sau secţionarea măduvei.* — Numai excepţional, în cazurile de strivire totală a coloanei vertebrale, se observă şi o fractură a celei de a 5-a vertebre lombare, care pare a se bucura de o curioasă imunitate. Chiar o fractură anodină poate cauza o *paralizie complectă şi durabilă.* Cele mai multe dintre fracturile vertebrale, însoţite de paralizie, sunt mortale in primele săptămâni. Dar există şi fracturi neparalizante, cari se vindecă lesne.

Fracturile vertebrale, chiar cele vindecabile, crează o incapacitate de lucru de cel puţin un an şi jumătate (*Cleary* — 1925).

XI. Membrele

In genere se notează:

1. *Leziuni ale părţilor moi.*

2. *Leziuni ale nervilor* (cu paralizie parţială sau totală).

3. *Luxaţiuni, fracturi osoase incomplecte sau cominutive* (cari pot avea ca urmare: osteo-mielita, sarcomul, tuberculoza localizată). E de observat: cu toată deschiderea vaselor, consecutivă leziunii, frecvent nu se înregistrează decât o hemoragie neînsemnată. Aceasta se explică prin faptul că, prin însuşi efectul loviturii, sângerarea vaselor mari se reduce la minimum.

4. *Gangrena* poate fi consecutivă leziunilor subcutanate, fie după o gravă strivire a ţesuturilor interne, fie chiar după numai o lovire uşoară dar care a interesat vasul principal al regiunii.

5. *Tetania secundară* poate fi datorită contuziei sau unei fracturi importante (la individul atins de tetanie latentă sau la unul predispus).

A. **Braţele**

1. **Ankiloza definitivă**, precedată de impotenţa segmentului superior al braţului, poate fi datorită unei simple contuziuni a umărului (chiar cu absenţa unei tumefacţiuni sau a unei simple echimoze şi a unei imediate turburări a sensibilităţii).

2. **Pareza cubitală**. prin compresiunea repetată şi prelungită a nervului cubital (compresiunea profesională a telefonistelor, a unor categorii de muncitori manuali şi intelectuali).

3. **Tromboflebita** (şi cu apariţie tardivă de 1—10 ani) e consecutivă sau unui traumatism care a interesat direct braţul, sau unui

efort muscular. Se prezintă ca un efect de repercursiune (de exemplu: o lovitură de pumn în regiunea inferioară a gâtului — observația lui *Lyon-Caen*, 1928).

4. **Fractura lui Bennet:** fractura intra-articulară a epifisei carpiene a primului metacarpian, cu încălecarea dorsală a fragmentului inferior. Traumatismul trebue să se exercite de jos în sus și din afară înăuntru. — Prost redusă, leziunea aceasta poate avea ca urmare: reducerea opoziției și aducției policelui; atrofia musculară; anchiloza tardivă a policelui; reducerea potențială a încheieturii mânii și chiar a întregului antebraț.

B. Picioarele

1. **Osteoporosele traumatice**, adică rarefiarea osului, consecutivă unei modificări vaso-motrice: scafoida tarsiană; boala semilunară a lui Kienböck; boala lui Sinding-Larsen, interesând rotula; boala lui Köhler; osteo-chondrita deformantă a șoldului; boala lui Calvé, Waldenstroem, Legg-Perthes. — Bolile acestea se desvoltă în urma unui traumatism neînsemnat, mai mult sau mai puțin vechiu, aproape indolor și apiretic.

2. **Fracturile maleolare** consecutive unei contuziuni sau unei luxațiuni.

3. **Fractura tardivă a tibiei.** — Un băiat de 15 ani e răsturnat de un automobil. Prezintă o umflătură a genunchiului care e diagnosticată drept o hidrartroză. Radiografia e negativă. După 6 luni (stare staționară), o nouă radiografie identifică o fractură a spinelor tibiei, tuberculul extern prezintând cea mai mare deplasare. Mișcările genunchiului nu erau stânjenite (*Belot-Piédelièvre-Robin*, 1926).

4. **„Genunchiul cu resort"** e consecutiv unei grave contuziuni. Se pronunță printr'o durere foarte vie la genunchiu și la pulpă. *Radiografia*: ruptura ligamentelor încrucișate ale genunchiului, hemarthroză, smulgerea capului peroneului.

PARTEA II

MOARTEA

I. „Inmormântarea sau incinerarea se va putea face numai cu autorizaţia ofiţerului stării civile şi *după 36 ore* dela încetarea din viaţă“ (*art. 103, al. I* din Legea privitoare la actele stării civile).

II. „Când sunt bănueli asupra cauzelor morţii, autorizaţiunea de inmormântare sau de incinerare nu se va putea da decât cu prealabila încuviinţare a parchetului“ (*art. 103, al. III* din Legea privitoare la actele stării civile).

III. „In caz de vreo moarte violentă sau de vreo moarte a cărei cauză e necunoscută sau bănuită, procurorul va cere asistenţa unui sau doi medici sau chirurgi, cari vor face raport despre cauzele morţii şi despre starea cadavrului“ (*art. 43, al. I* c. pr. p.).

Simpla enunţare a acestor texte de lege ne indică, în linii generale, tratarea acestei părţi a medicinei legale: în primul loc, expertul are de verificat însuş faptul decesului, iar numai după aceea să demonstreze felul morţii şi cauza sau cauzele ei. In subsidiar i se cere omului artei ca, din elementele autopsiei complecte (examenul extern şi examenul intern), coroborate cu acele ale anchetei, ale examenului histologic şi bacteriologic, precum şi, eventual, cu rezultatul analizei chimice, să deducă, bine înţeles numai cu aproximaţie, data morţii.

Adică, pus în prezenţa unui cadavru sau a unui pretins cadavru, medicul-expert are de rezolvat următoarele probleme:

1. **Moartea e ea reală sau numai aparentă?**

2. **Moartea reală fost-a ea naturală sau violentă (crimă, sinucidere, accident)?**

3. **Moartea naturală sau violentă fost-a ea fulgerătoare, rapidă sau lentă?**

4. **Moartea, naturală ori violentă, la ce anume epocă s-a produs ea?**

CAP. I

VERIFICAREA MORŢII

> „*Mors certa, mors incerta, moriendum esse certe omnino, mortuum esse incertum aliquando*“. — WINSLAW

(In ce priveşte formalităţile prescrise de lege pentru operaţiunea verificării morţii, vezi *vol. I, pag. 179;* iar referitor la regulile expertizei, vezi, *vol. I, pag. 698*).

I. Mecanismul morţii

> *„On meurt par le coeur, par le cerveau, par le poumon".* — BICHAT

Inainte de a trece la studiul de diferenţiare a morţii aparente de cea reală, să arătăm succint care e însăş mecanismul morţii, pe care *Roger* o defineşte astfel: „Moartea este rezultatul unei opriri a nutriţiunii celulare, fie că substanţa constitutivă a celulelor (protoplasma) devine incapabilă de a da naştere la îndoita mişcare de asimilare şi de desasimilare, necesară vieţii, fie că mediul, care scaldă celulele, suferă modificări din pricina cărora nutriţiunea devine imposibilă".

In ce priveşte mecanismul încetării vieţii, fapt verificat e, că, nu numai în moartea lentă ci şi în cea rapidă, inclusiv ceeace numim moartea fulgerătoare, ansamblul funcţiunilor vitale nu e suprimat brusc, ci succesiv şi progresiv, în ordinea importanţei fiecărui grup de funcţiuni şi a fiecărei funcţiuni în parte.

In primul loc sunt atacate funcţiunile *esenţiale* — funcţiunea respiratorie, funcţiunea circulatorie şi funcţiunea de comandă şi de coordonare a complexului funcţiunilor vitale; cu alte cuvinte acele funcţiuni cari au rolul de căpitenie al asigurării nutriţiunii celulare. Numai după aceea sunt stingherite, până la desăvârşita paralizare, funcţiunile secundare a căror menire e de a asigura ceeace numim *viaţa vegetativă*, adică viaţa ţesuturilor muscular şi cutanat, precum şi funcţiunile glandulare.

1. Funcţiunile esenţiale

Murim, după atât de sugestiva caracterizare a lui *Vaschide* şi *Vurpas* („Contribution expérimentale à la physiologie de la mort" — comunicare făcută în şedinţa dela 14 Aprilie 1903 a Academiei de Ştiinţe din Paris) *în etape*: întâiu epuizarea conştiinţei şi a fenomenelor psicho-fiziologice cari constitue însăş personalitatea, apoi agonia bulbului şi insfârşit moartea lentă, agonizantă a inimii.

Din grupul funcţiunilor esenţiale, cea dintâi lovită e aceea a centrilor nervoşi, în cap cu funcţiunea cârmuitoare a creerului — inteligenţa. Apoi dispare respiraţia şi în al treilea loc funcţiunea inimii şi a circulaţiei sanguine. Indeosebi în ce priveşte funcţiunile cardiace şi respiratorii, deosebim trei faze în disoluţia finală a organismului:

1. Modificări vaso-motrice, respiratorii şi circulatorii, consecutive modificărilor scoarţei cerebrale.

2. O activitate bulbară atipică şi turburări de coordinaţiune, efect al desordinelor medulare.

3. Ralurile respiratorii şi micşorarea vitalităţii generale. In acest moment, umbra de supravieţuire e de atribuit vieţii intrinsece a miocardului, a cărui acţiune excitatoare asupra nervului frenic are

ca efect de a menține respirația, fie sub o formă superficială, fie în stare de inspirații adânci și rare.

Personalitatea nefiind un apanagiu comun tuturor indivizilor (suprimarea funcțiunilor inteligenței și conștiinței în bolile mentale), putem conchide că moartea e inexpugnabil instalată, de îndată ce au fost suprimate respirația și circulația.

Am arătat că, din grupul funcțiunilor esențiale, cea din urmă suprimată e aceea a inimii. Supravieţuiri, mai mult sau mai puțin îndelungate, ale cordului se notează îndeosebi la nouii-născuți. La adulți, în asfixiile mecanice, bătăile inimii pot persista 10—18 minute după moarte. S'a văzut chiar supraviețuirea acestor bătăi la inimi de decapitați.

Excepțional se poate înregistra și *persistența funcțiunii respiratorii*, după ce moartea inimii a marcat scena finală a dramei. O atare supraviețuire a respirației se notează în morțile consecutive paraliziei miocardului. Și ea e nu numai demonstrată pe cale experimentală (la animalele decapitate se pot observa vreme relativ îndelungată mișcări inspiratorii ale gurii); persistența respirației a fost observată și la om (mișcări inspiratorii ale gurii, *timp de 10 minute*, la doi indivizi guilotinați — *Vezin;* aceleași mișcări, notate timp de 1 minută și 30 secunde, tot la decapitați — *Gad*).

2. Funcțiunile secundare

Dintre acestea e atacată mai întâiu viața vegetativă a țesutului muscular, în al doilea rând aceea a țesutului cutanat și numai la sfârșit funcțiunile particulare ale unora dintre glande (funcțiunea glicogenică și cea ureică a ficatului subsistă timp de câteva ore după moarte — *Bouchard-Brouardel*).

II. Moartea aparentă

Până la sosirea verificatorului, cadavrul trebue lăsat în starea în care s'a aflat în momentul încetării din viață: nu i se va acoperi fața, nu va fi pus în cosciug și nici expus vreme îndelungată la un frig mare, în timpul iernii (*art. 4, Regul. p. verificarea morților*).

Scăldarea și investmântarea corpului, închiderea sicriului nu sunt permise înainte de expirarea termenului de 36 ore pentru autorizarea înmormântării ori a incinerării (*art. 5* al aceluiaș regulament).

Mulajul, îmbălsămarea, autopsia sunt interzise înainte de constatarea neîndoioasă a morții (*art. 6* al aceluiaș regulament).

Dacă, la cea dintâi inspecțiune a cadavrului, nu constată cu certitudine moartea, medicul verificator procede la un al doilea examen exterior după trecere de 12—24 ore, eventual la un al treilea examen după un nou interval de 24 ore (*art. 8, 9 și 10* din acelaș regulament).

Legea, codul de procedură penală și regulamentul pentru verificarea morții prescriind precauțiunile și restricțiunile pomenite, țin astfel să preîntâmpine eventualitatea nu numai a îngropării sau a incinerării pripite, ci și primejdia provocării morții reale prin manoperele al căror obiect ar fi un mort aparent. Pentru aceleași considerațiuni e pasibil de sancțiunea pentru omucidere cu precugetare medicul sau orice altă persoană care, în scopul de a preveni înmormântarea sau incinerarea de viu, face mortului prezumat o injecție cu o substanță toxică de o violență suficientă spre a suprima definitiv funcțiunile vitale. Și legea nu admite nici scuza că așa ar fi fost ultima voință exprimată verbal ori chiar in scris.

Moartea aparentă, care l-a preocupat și pe Shakespeare în unele din puternicile lui opere dramatice, e de fapt o stare morbidă care, prin abolirea *trecătoare* dar *efectiv complectă* a tuturor funcțiunilor vitale, simulează la perfecțiune tabloul morții reale. De prisos ar fi să mai atragem atenția asupra unora din stările in cari inima continuă să bată și cari, superficial examinate, ar putea. bine înțeles numai pentru un profan, să fie eronat interpretate ca înfățișând moartea: vrem să vorbim de somnul profund al beției, de coma epileptică, de letargia histerică, etc.

Cazurile de autorizații de înmormântare și chiar de inhumare de persoane numai aparent moarte nu sunt un mit. E o grozavă realitate tangibilă, cu mii de observații științificește controlate și explicate. *Bruhier* a cules 500 observațiuni de indivizi ingropați de vii. *Brouardel* inregistrează două asemenea întâmplări (1. O fată în stare cataleptică. — 2. In timpul unei epidemii de holeră, o femee cade în stradă. Socotită ca moartă de holera fulgerătoare, nenorocita e dusă la cimitir. In momentul când e coborită în groapă, unul din ciocli aude mișcări în cosciug. In grabă e adus un medic care constată că pulsul mai bătea: o sincopă fusese luată drept moarte reală).— *Vezi și observațiunile noastre personale (vol. I, pag. 358).*

A. Durata morții aparente

In repetite rânduri verificată, supraviețuirea *în sicriu* are o durată variabilă, după constituția individului și după felul bolii: *20-30* minute *(Tourdes); 30-60* minute *(Hobenstreit)*, *peste o oră (Schneider)*, până la *3 ore* (*Roger*). Foarte scurtă în sincopă și în comoția cerebrală, durata e mai lungă în asfixie și îndeosebi în histerie și degerare.

B. Tipurile de moarte aparentă

Tourdes, în studiul consacrat morții aparente, distinge șapte forme ale acesteia: 1. forma asfixică; 2. cea sincopală; 3. forma histerică sau nervoasă; 4. cea apoplectică; 5. forma anemică și astenică; 6. forma toxică; 7. forma mixtă (asociarea a două sau mai multe din primele șase forme).

In ordinea frecvenței, moartea aparentă se instalează în:

1. *Sincopa și anemia*, consecutive unei hemoragii externe sau interne. Se notează oprirea bătăilor inimii.

2. *Asfixia* mecanică (sufocarea, strangularea, spânzurarea, submersiunea); asfixia toxică (în intoxicația cu CO; *asfixia cauzată de electrocuțiune* (curentul industrial și electricitatea atmosferică); *asfixia consecutivă degerării, anesteziei generale*.

(In sincopă și asfixie se'ncearcă injecțiunea intra-cardiacă. Intervenția trebue practicată cu multă atenție, pentrucă s'au înregistrat cazuri în cari, cu acest prilej, a fost lezat plămânul, formându-se astfel un pneumotorax).

3. *Histeria* asociată cu asfixia.

4. *Apoplexia* (cazuri puțin numeroase).

C. Pseudo-moartea aparentă

E vorba de acea stare de *moarte reală în care persistă semne vitale* și anume:

1. **Reacțiunea pupilară.** — De regulă îndată după moarte și, uneori, chiar în timpul agoniei, pupilele se dilată. Excepțional, însă, după o oră (*Marshall*) sau 2 ore (*Willer*) dela moarte se poate nota un început de contracțiune pupilară care se accentuează ușor în curs de 3-4 zile. Reacțiunea pupilară se mai poate provoca și artificial (experiențele lui Marshall) cu ajutorul *atropinei* (în primele 4 ore dela moarte) și cu acela al *eserinei* (în primele 2 ore dela moarte). După *Regnard* și *Lloye*, reacțiunea pupilară persistă la guilotinați, sub acțiunea luminii.

Incontestabil că această contractilitate, pe care *Hofmann* o atribue slăbirii de tensiune a bulbului, e un fenomen caracteristic vital. Tocmai de aceea atragem atențiune asupra lui, ca nu cumva bizuindu-se numai pe el, medicul verificator să conchidă la moartea aparentă.

De altfel însăș dilatarea pupilară nu e intotdeauna bilateral egală; ba s'au făcut observații cu absența dilatațiunii îndată după moarte (*Bohne, G. Strassmann*), indiferent dacă ochii rămân deschiși sau sunt închiși.

In ce privește inegalitatea dilatării pupilare, care, în absența informațiunilor anamnezice, ar putea fi luată drept o contracțiune unilaterală, vom observa, pe temeiul studiilor făcute de *Schmeichler* și *Willer*, că inegalitatea pupilară preexistentă în viață persistă și după moarte. Uneori se poate nota fenomenul (observația lui *Schmeichler*) ca, după moarte, formula inegalității pupilare preexistente să se modifice: un paralitic avea, în viață, pupila stângă mai dilatată decât cea dreaptă; după moarte, pupila dreaptă era mai dilatată decât cea stângă.

2. **Contractilitatea post-mortală a țesuturilor.** — Indeosebi în ce privește țesutul muscular, partea auriculară dreaptă a miocardului e aceea în care proprietatea contracțiunii dispare cea din urmă.

a. *Excitabilitatea mușchilor sub influența unui curent electric.* (Verificată de *Jeanselme* și *Drasche* într'un interval de 2 ore dela moarte; de *Näcke* într'un interval de 3-4 ore, iar de *Eppinger* într'un interval de 2-6 ore dela moartea confirmată).

b. Pielea-de-găină, care se observă şi în viaţă, apare, independent de cauza morţii, la câteva ore dela aceasta şi poate persista, pe cadavrul mai mult sau mai puţin conservat, timp de câteva zile (*G. Strassmann*) sau chiar câteva săptămâni (*Haberda*).

c. Mişcările epiteliilor vibratoare (observaţiile şi experienţele lui *Tirelli*, 1897), se pot înregistra până la cinci ore dela moarte, atunci când condiţiunile exterioare — temperatura şi umiditatea — precum şi reacţiunea slab alcalină sunt prielnice.

d. Mişcările pulsative ale miocardului cari, experimental (cu animalele), au putut fi notate *până la şase zile dela sacrificarea animalului* (*Roffo*, 1928). — Dar această persistenţă a activităţii ţesutului cardiac a fost înregistrată şi la oameni, bine înţeles cu o durată cu mult redusă. Aşa: *Aschoff* (1920) notează o contracţiune spontană a auriculului drept ori a ventriculului drept, deşi ventriculul stâng începuse deacum să fie invadat de rigiditatea cadaverică. Cu 15 ani mai înainte, *Dennecke*, experimentând cu inima unui guilotinat (prin clătirea ei timp de două ore şi jumătate), a putut să retrezească o slabă activitate pulsatorie care a ţinut timp de trei ore, când a început să se declare rigiditatea.

e. Contractilitatea postmortală a aortei a fost experimental demonstrată de *Hoihovitzkaja*: câteva ore (uneori chiar 1-3 zile) contractilitatea aortei poate subsista; dar proprietatea aceasta slăbeşte pe măsură ce se accentuează modificările aterosclerotice (arterio-scleroza cu procese ateromatoase).

f. Mişcările vibratorii ale uterului.

g. Mişcările peristaltice ale intestinului.

3. Mişcările spermatozoizilor cari se pot prelungi timp de 24-30 ore, excepţional şi mai mult la persoanele subit moarte.

4. Digestiunea gastrică post-mortală, observată şi studiată de *Spallanzani* mai întâiu, iar ulterior de *Ferrai* şi de *Merkel* (1922). Fenomenul acesta fiziologic se poate nota într'un interval de câteva ore (până la 3 ore la nouii-născuţi deşi, în timpul vieţii, evacuarea alimentelor lichide se face în maximum 3 ore — *Vogt*, 1917). Durata digestiunii postmortale e îndeosebi mare în unele forme ale morţii, precedată de o lungă agonie şi atunci când temperatura corpului nu scade brusc.

5. **Proprietatea ţesuturilor de a reduce oxigenul** câtva timp după moarte, până în momentul când se produce autoliza.

6. **Persistenţa funcţiunilor glicogenică şi ureică a ficatului** timp de câteva ore după moarte.

7. **Persistenţa mişcărilor de deglutiţie** (*Balthazard* a notat atari mişcări timp de mai bine de două ore într'un caz de moarte verificată, consecutivă unei anestezii cloroformice).

D. Probele de quasi-certitudine şi de certitudine a morţii aparente

In primul loc constatăm absenţa semnelor clasice ale morţii reale: 1. faciesul cadaveric; 2. imobilitatea şi atitudinea de relaxare musculară; 3. relaxarea sfincterelor; 4. răcirea corpului; 5. deshidratarea (pierderea din greutate, pergamentarea pielei, uscarea mucoaselor, dispariţia transparenţei corneei şi formarea pânzei gleroase, pata sclerotică, turtirea globului ocular); 6. lividităţile cadaverice; 7. rigiditatea cadaverică și spasmul cadaveric; 8. pata verzuie a putrefacției; 9 mirosul cadaveric.

Apoi recurgem la diverse probe, al căror sens pozitiv sau negativ, — după cum e și rostul procedeului întrebuințat — ne indică ori nu persistența vieții la persoana examinată.

1. **Semnele oculare.** — Moartea e numai aparentă atunci când se constată:

a. Formarea unui chemosis conjunctival (fără subsequenta periclitare a ochiului), prin introducerea pe conjuctivă a unei porțiuni de pulbere de dioceină.

b. Colorațiunea în albastru a unei bandelete neutre de hârtie de turnesol, la câteva minute după fixarea ei sub pleoapă.

c. Colorațiunea în verde a mijlocului ochiului, în urma injecției intra-musculare sau intra-venoase a unei soluțiuni alcaline de fluorescină (Semnul lui *Icard*).

d. Semnul lui Bouchut. — Dacă, servindu-ne de un oftalmoscop, constatăm că *papila optică se mai detașează sub relieful venelor retiniene,* iar *coroida e tot roșie,* avem dovada că viața persistă în individ.

2. **Semnele tegumentare.** — În ordinea valorii lor diagnosticale avem:

a. **Apariția unui icter intens** (cu simultana colorație în verde a mijlocului ochiului, particularitate mai sus pomenită), *în urma unei injecțiuni intra-musculare ori intra-venoase de 20 cc. dintr'o soluție alcalină de fluorescină:* fluorescină 17 gr., amoniac lichid 14 gr., apă distilată 28 cc. *(Procedeul lui Icard).* — Fenomenul acesta cutanat și ocular, care n'ar fi posibil fără absorbirea și vehicularea substanței de către sângele circulator, *se produce aproape instantaneu în injecția intravenoasă și mai lent în cea intramusculară, — până la 30 minute.*

b. Cuti-reacțiunea fizico-chimică prin forcipresură. — Cu ajutorul unei pense cu forcipresură se comprimă viguros timp de 5 minute o cută a pielei, indiferent de zonă. După scoaterea pensei, se colectează picăturile seroase țâșnite din amprentele lăsate de dinții pensei. *Dovada morții aparente o constitue:* 1. alcalinitatea lichidului; 2. reapariția aspectului normal al porțiunii lezate a pielei, după trecere de numai câteva ore dela încercarea probei.

c. **Absența acidității cadaverice din lichidul țesutului cutanat** (semnul lui Icard): prin cuta cutanată, strânsă cu pensa, se trage cu acul un dublu fir de ață, firul, îmbibat cu lichidul țesutului, e scos și tăiat în două; firele se presează între două foi de lakmus, una albastră și una roșie. Dacă rămâne o linie albastră pe hârtia roșie, e o dovadă de persistența vieții; dimpotrivă, formarea unei linii roșii pe hârtia albastră, e o confirmare a morții.

d. Urma lăsată de acidul sulfuric pe piele (Semnul lui *Chavigny-Simonin*): se picură acid sulfuric pe piele; dacă individul mai trăește, locul ars *nu* se pargamentează cu o ușoară colorație ambrată.

e. **Prezența areolei inflamatorii periferice la flictenele artificial provocate** prin apropierea flacărei unei lumânări la o jumătate centimetru de extremitatea unui deget dela mână ori dela picior.

f. Semnul lui **Laborde:** se înfige un ac de oțel în țesutul cutanat și se lasă în loc timp de cel puțin o jumătate de oră; dacă pe acul extras notăm un strat de oxidare metalică, avem dovada că reacțiunea vitală mai există.

g. O variantă a acestui semn îl constitue **procedeul lui Fabroni** (1929): injectarea subcutanată a unei soluții apoase de $2^{0}/_{0}$ de albastru de methylen, la care s'a adiționat încet o soluție apoasă concentrată de hidrosulfit de natriu, până la completa decolorare. Dacă în jurul locului de injecțiune se produce repede o colorație albăstrue pronunțată, avem dovada că persistă circulația care mai vehiculează oxigen.

h. Semnul nepergamentării cutanate: dacă, frecând cu un corp aspru pielea persoanei examinate, și, pe locul frecat, *nu* se formează o placă pergamentată, e o dovadă a reacțiunii vitale.

i. Semnul pozitiv al lui Magnus: dacă după legarea unui deget, la rădăcina lui, cu o sfoară, *degetul se învinețește spre vârf*, e o dovadă de persistență a circulațiunii, care, din pricina piedicii ce o constitue ligatura, nu se mai poate produce și îndărăt.

j. Semnul pozitiv al lui Levasseur: apariția sângelui în urma ventuzei scarificate, aplicată în regiunea epigastrică.

k. Semnul lui Boudimir: aplicarea unei ventuze uscate pe pielea abdomenului. Dacă se notează o modificare a colorației pielei, e un semn că mai persistă circulația sanguină

3. Vitalitatea musculară se verifică prin următoarele procedee:

a. *Semnul pozitiv al lui Collongues.* — Ascultând, cu ajutorul dinamoscopului lui Collongues, diferitele părți ale corpului, îndeosebi extremitățile degetelor persoanei examinate, regiunile precordială și epigastrică a acesteia, se percep în mușchi vâjâituri „zgomotul rotatoriu al lui Collongues". Dar proba se poate face și fără dinamoscop: aplicăm urechea pe regiunile precordială și epigastrică, ori ne introducem în ureche unul din degetele persoanei examinate.

b. Semnul lui Rebouillat: capacitatea țesutului muscular de a reține lichidul injectat. Dacă omul trăește, eterul pur din injecțiunea subcutanată rămâne în mușchi și nu mai reapare la suprafață — dovadă că pielea și-a păstrat elasticitatea și contractilitatea vitală.

4. Sensibilitatea specială se manifestă prin *reacțiunea* la: gâdilarea mucoasei nazale, apropierea amoniacului de nas, gâdilarea mucoasei faringelui cu barba unei pene. Dar această probă nu poate fi concludentă *atunci când e negativă*, pentrucă anumite stări suprimă sensibilitatea sensitivo-sensorială fără ca moartea să fie reală.

5. Vitalitatea inimii se verifică prin următoarele procedee:

a. Akidopeirastia pozitivă a lui Middeldorf: capătul liber al unui ac fin și lung (de oțel ori de platină), înfipt în inimă prin peretele toracic la nivelul celui de al 5-lea spațiu intercostal, e agitat — o dovadă că inima continuă să bată. Dar chiar atunci când, imediat după moarte, akidopeirastia e negativă, proba poate fi reinoită în interval de câteva ore dela încetarea respirațiunii și a bătăilor inimii, pentrucă auscultațiunea, adesea, nu poate înregistra bătăile imperceptibile ale cordului (observația lui *Andral:* soția unui medic a rămas timp de *șase* ore în stare de moarte aparentă, cu toate că, în tot acest timp, auscultația inimii a fost mereu negativă). — Mișcarea oscilatorie a capătului liber al acului e o indicațiune neîndoioasă de persistența contracțiunilor ventriculare.

b. Radioscopia (semnul lui *Piga*): examenul radioscopic, timp de câteva minute, a cavității toracice permite să se noteze bătăile cardiace, imperceptibile chiar la o auscultație prelungită

c. Electro-cardiografia (semnul lui *Einthoven* și *Hugenholtz*): oprirea bătăilor inimii se traduce printr'o linie orizontală imprimată pe banda de hârtie (moarte reală).

6. Proba respiratorie. — Persistența sau încetarea funcțiunii respiratorii se demonstrează prin următoarele procedee:

a. Semnul negativ al lui Icard prin dovada nedegajării hidrogenului sulfurat prin orificiile respiratorii.— Proba se face astfel: în faţa nărilor persoanei examinate se pune o bucată de hârtie albă pe care s'a făcut în prealabil o inscripţie sau o figură cu un stilograf muiat într'o soluţie de acetat de plumb (10 gr. la 20 cc. de apă distilată); inscripţia sau figura, incolore şi invizibile înainte de probă, *rămân tot aşa şi după îndepărtarea hârtiei dela nări.* Dacă, dimpotrivă moartea e reală, hidrogenul sulfurat degajat transformând acetatul de plumb în sulfură de plumb, *inscripţia sau figura se desinează în negru* („inscripţia automatică a morţii de către însuş cadavrul", după plastica expresie a lui Icard).

b. Stetoscopia (Semnul lui *Jablonowski*, 1927): cu ajutorul unui stetoscop flexibil, fără membrană de celuloid, se poate înregistra cel mai slab suflu pulmonar.

7. Reacţiunea alcalină a pulpei hepatice şi splenice (*Semnul lui Brissmoret şi Ambard*):

Câteva ore după moartea prezumată se face puncţiunea ficatului sau a splinei, exercitându-se cu pistonul siringei o puternică inspiraţie atât în timpul cât şi după pătrunderea acului în viscerul ales. Pulpa extrasă se pune pe o foaie de hârtie de turnesol albastru. Dacă lichidul, care difuzează, nu produce o pată roşie vizibilă pe faţa inferioară a hârtiei, avem dovada reacţiunii alcaline, care e vitală.

8. Radiografia cavităţii abdominale (semnul lui *Vaillant*): o imagine confuză, pe care nu se pot distinge viscerele cavităţii, e o indicaţie de persistenţa vieţii.

9. Proba colorării urinei (semnul lui *Vigetti* 1928):

Se prepară următoarea soluţie de 100 cc. în care intră: fenolftalein 0,6; soluţie binormală de sodiu 0,84; soluţie de clorură de sodiu 7,5‰, şi la care se adiţionează 0,15 soluţie binormală de sodiu. După o injecţie intravenoasă de 1 cc. din soluţie (care conţine 0,006 fenolsulfoftalein) şi după trecere de 3—4 minute se poate indentifica fenolsulfoftaleină in urina alcalinizată prin hidratul sau bicromatul de sodiu. In injecţiunea intra-musculară timpul necesar reacţiunii e de vreo 20 minute. La *omul* viu, urina — colectată într'o eprubetă în care se află o soluţie de bicarbonat de sodiu — are o coloraţie roşiatică (prezenţa fenolsulfoftaleinei), deci o dovadă de persistenţă a circulaţiunii.

(Colectarea urinei, picătură cu picătură, se face prin cateterism).

III. MOARTEA REALĂ

Grosso modo singurul semn superficial al morţii reale e acela al începutului putrefacţiei: pata verde-albăstrue depe abdomen. Vom vedea, bizuiţi pe diversele faze ale mecanismului morţii, că sunt o serie de indicaţiuni, de o mai mare sau mai mică valoare diagnosticală, cari, în ansamblul lor, îngădue verificatorului să conchidă la încetarea definitivă a funcţiunilor esenţiale ale vieţii. In prealabil ţinem, însă, să pomenim, că absenţa unuia singur dintre semnele confirmative ale suprimării celor trei mari funcţiuni vitale (aceea a centrilor nervoşi, funcţiunea aparatului respirator şi funcţiunea aparatului circulator) e o piedică pentru medic de a conchide la realitatea morţii.

A. Semnele generale ale morții

Iarna, din cauza frigului, parte din semnele ce vom descrie apar mai târziu. De aceea, atât pentru a înlesni ivirea semnelor de suprimare a vieții, cât și spre a preveni ca un mort aparent să sucombe acțiunii frigului, trebue întreținută o temperatură moderată în încăperea în care se află persoana socotită moartă.

1. Răcirea corpului

In teză generală, o *temperatură rectală de 25—30°* e un semn al încetării funcțiunilor vitale. Luăm drept criteriu indicațiunea termometrică din rect, pentrucă temperatura acestuia scade mai încet decât chiar cea axilară.

In răcirea progresivă a corpului, ținut în condițiuni normale, micșorarea temperaturii se notează întâiu la față și mâni în 2—3 ore; apoi la trunchiu și picioare în 4—5 ore; în locul al treilea răcirea accentuată se înregistrează pe părțile laterale ale gâtului, pe epigastru și la subsuori; în cele din urmă răcește rectul.

Răcirea totală a corpului — care e un produs pe deoparte al încetării combustiunii, iar pe de alta al evaporării transsudației depe suprafața tegumentară — reclamă un timp variabil, în funcțiune de anumite condițiuni. In medie, temperatura corpului se echilibrează cu aceea a mediului ambiant normal în 8—17 ore *(Casper)*, 24 ore *(Guillemot)*.

Răcirea începând de regulă în timpul agoniei și instalându-se progresiv, e firesc ca notațiunile termometrice să varieze după lungimea intervalului post-mortal la care s-a făcut examenul. Edificatoare în această privință a rămas statistica lui *Taylor* și *Wicks* pentru măsurătorile făcute la 4 intervale diferite dela încetarea principalelor trei funcțiuni vitale. Ei au notat temperaturile maxime și minime la 4 serii de cadavre examinate:

Intervalul dela moarte	2—3 ore	4—6 ore	6—8 ore	12 ore
Temp. maximă	34°44	30°	26°67	26°11
Temp. minimă	18°89	16°67	18°89	13°33

a. Factorii cari influențează alura răcirii corpului sunt:

1. *Temperatura ambiantă; temperatura anotimpului.*

2. *Locul în care se află cadavrul:* într'un loc închis răcirea e mai lentă ca într'unul descoperit; în haznalele latrinelor, de exemplu, răcirea e mai înceată ca în apa rece, unde se accentuează foarte repede.

3. *Cadavrul gol sau îmbrăcat:* îmbrăcat corpul răcește mai încet decât desbrăcat.

4. *Așternutul* (salteaua de lână, țoalele, paiele, fânul, etc.) pe care zace corpul întârzie evoluția răcirii.

5. *Vârsta individului:* corpul unui *nou-născut* sau al unui *copil mic* poate răci complect în 5—6 ore: corpul *bătrânului* răcește mai repede de cât acela al adultului în puterea vârstei.

6. *Constituția individului:* obezul răcește mai încet decât individul normal.

7. *Natura bolii:* corpul unuia care a murit de o boală cronică și cachetizantă răcește mai repede decât corpul aceluia care a sucombat unei leziuni sau unei afecțiuni acute: deasemenea răcirea e mai accelerată la individul mort în urma unei hemoragii, a degerării, uneori în moartea consecutivă opăririi.

b. **Capriciile temperaturii: urcarea în loc de coborîrea acesteia, după moarte.** — Atari abateri dela legea răcirii corpului după moarte se notează adesea într'un interval de 15 minute până la 1—2 ore.

Urcarea post-mortală a temperaturii, pentru întâia oară semnalată de *Wunderlich*, se înregistrează în următoarele cauze ale morții:

a. O boală infecțioasă (febra tifoidă, scarlatina, difteria, variola, holera); *b. tetanosul* (o temperatură de 45°5 la 55 minute dela deces); *c. asfixia și intoxicația cu simptome asfixice sau convulsive; d. leziunile meningee și cerebrale, precum și cele medulare; e. alcoolismul* (temperatura, foarte joasă în agonia individului care sucombă în somnul beției, se ridică după moarte cu 5—10 grade); *f. insolația*

In definitiv, medicul nu poate pune un preț deosebit pe semnul răcirii cadaverice, care nu numai că e inconstant, dar încă gradul lui variază după împrejurările expuse. Cel mult poate fi luat ca o indicație.

2. Atitudinea cadavrului

a) Tabloul obicinuit. — Odată abolită funcțiunea esențială de escitare a sistemului nervos, e dela sine înțeles că *ipso-facto* dispare și proprietatea contractilității idio-musculare, în următoarea ordine: ventriculul stâng, intestinele, vesica, stomacul, uterul, ventriculul drept, esofagul, irisul, mușchii trunchiului, mușchii abdomenului, mușchii feței, acei ai membrelor, auriculele inimii.

Paralizia musculară imprimă automatic și întregului corp o atitudine corespunzătoare care, îndată după moarte, e de regulă următoarea: decubitusul dorsal; inclinațiunea laterală a capului, cu mandibula lăsată în jos, gura și ochii deschiși; semiflexiunea membrelor și cu vârful piciorului îndreptat în afară. In ce privește mâna, se face uneori o notațiune particulară: policele, adus spre rădăcina auricularului, e acoperit de celelalte patru degete lipite și recurbate înăuntru.

Totodată — nu însă constant — prin relaxarea sfincterelor se dilată orificiile glandelor lacrimale, cardia, anusul, orificiul uretrei și orificiul colului uterin; de aci, uneori, notațiunea postmortală a lacrimilor, a evacuării lichidelor din conținutul stomacului, a materiilor fecale, a urinei și a spermei.

b) Tabloul excepțional. — Precum am arătat la „pseudo-moartea aparentă", există și o contractilitate post-mortală de o durată variabilă, care uneori se traduce prin mișcări musculare, dela ușoare tresăriri până la adevărate sguduiri, îndeosebi la holerici și la cei sucombați frigurilor galbene: mișcări ale degetelor, mișcări ale maxilarului inferior.

Această proprietate a contractilității post-mortale a sistemului muscular, unită cu existența unei contracțiuni din ultimele clipe ale vieții, poate imprima cadavrului o atitudine deosebită de cea obicinuită, mai sus descrisă. Atitudinea aceasta, care e însăși aceea pe care a avut-o persoana în momentul morții, se menține până la instalarea rigidității cadaverice care o consolidează.

3. Faciesul

In prealabil observăm că, numai în foarte rare excepțiuni, expresia feței oglindește lupta sufletească din ultimele clipe ale vieții, caracteristica faciesului cadaveric fiind aceea a absenței oricărei expresiuni determinate.

In general, fața e palidă, trasă, nasul subțiat și cu vârful ascuțit, gura închisă (prin relaxarea maxilarului inferior), buzele uscate și albicioase, uneori învinețite.

La cei morți de o boală cronică și cu o agonie dureroasă putem nota adevăratul facies hippocratic: pielea uscată, lividă ori pământie; fruntea încrețită, tâmplele intrate și sbârcite; ochii înfundați în orbite; nasul ascuțit cu un lizereu negricios, buzele atârnânde, pometele intrate, bărbia sbârcită și întărită; urechile trase în sus; perii genelor și ai nărilor sunt presărați cu o pulbere albicioasă.

4. Ochii

a. Pleoapele se contractează, lăsând ochiul deschis, dar aceasta nu se produce constant: ochiul rămâne închis atunci când moartea ne surprinde în somn. Uneori, un ochiu e deschis, iar celalt închis.

b. Globul ocular. — Din chiar momentul morții ochii începe să se afunde; iar în interval de cel mult 3—6 ore, corpul vitros se lichefiază, învelișurile se imbibă cu sânge, globul devine flasc, ca o pungă.

c. Pupila. — 1. *Dilatația.* In chiar momentul morții, cel mai târziu în interval de 3 ore, pupila se dilată brusc (cu un diametru de 5—7 mm). Această dilatație e și mai manifestă, atunci când, în perioada agonică, pupila a fost contractată.

Mărimea dilatațiunii pupilare — care poate fi inegală (îndeosebi în spânzurare, în moartea subită consecutivă unui traumatism al capului) — diferă după vârstă și sex (observațiile făcute de *Tamaru*—Japonia, 1928, asupra a 91 cadavre de copii, adulți și bătrâni, între 5 zile și 74 ani): foarte mic la copii, diametrul de dilatație crește până la 20 ani, apoi scade în raport cu vârsta, întocmai ca în timpul vieții; diametrul de dilatație e mai mare la cadavrul bărbătesc decât la cel feminin.

2. *Retracțiunea ulterioară.* — Dilatația pupilară nu ține decât câteva ore, după care notăm o recontractare: dela 5, 6 ori 7 mm. diametrul se reduce din nou la 4 și chiar 3 mm. Dar și retracțiunea se poate opera inegal și atunci avem iarăș o inegalitate pupilară. — Temperatura mediului în care se găsește expus cadavrul influențează modificările pupilare: frigul (0°) grăbește recontractarea; căldura (minimum 37°), dimpotrivă, favorizează dilatarea, în orice caz constitue o piedică serioasă la contractare.

d. Opacitatea corneei. — Uneori chiar în agonie (la tifici și holerici), întotdeauna după moarte, ochiul pierde din lucirea lui. Prin evaporare corneea se turbură până ajunge cu totul opacă: întâiu se depune pe membrană un strat constituit din resturi de epiteliu corneean ramolit și desprins, din substanțe albumioase transsudate și din fire de pulbere constituind ceeace se numește *pânză gleroasă*; apoi, fața superioară a corneei se sbârcește.

e. Pata sclerotică — semn ocular inconstant, deoarece excepțional poate lipsi — e o consecință a uscării acestui înveliș al globului, în contactul ochiului deschis cu aerul.

Mai întâiu se formează, pe latura externă a globului ocular, o mică pată neagră puțin aparentă, care apoi se mărește și de regulă are forma circulară ori ovalară, rar triunghiulară. După câtva timp se formează o a doua pată, în genere mai puțin pronunțată ca întâia, situată pe laturea internă a globului, paralelă cu prima. In urmă, ambele pete se apropie și, împreună, constitue un segment de elipsă cu convexitatea în jos.

5. Pielea

a. In primul loc, consecutiv evaporării epidermei, pielea se usucă, iar îndeosebi cea depe degete și urechi devine opacă.

b. Pergamentarea se notează pe zonele cari, fie înainte de moarte, fie îndată după moarte (în manoperele de readucere la viață) prin frecare sau altfel au avut epiderma desprinsă. Pe cadavru pergamentarea se traduce printr'o placă uscată, groasă, gălbue, străbătută de arborizații vasculare de o nuanță mai închisă. — Observăm, că pergamentarea poate fi și vitală, atunci când se produce spontan pe pielea scrotumului (în viață e umedă, iar pe cadavru, zona, prin uscare, se întărește).

6. Pierderea din greutate

E un semn de oarecare valoare diagnosticală numai atunci când există însemnări precise asupra greutății corpului în preziua morții.

Pierderea din greutate — efect al deshidratării — care e mai accelerată vara decât iarna, e mai pronunțată în primele zile dela moarte, îndeosebi în primele 24 ore (când, la adult, poate ajunge până la 18 kgr.). Deasemenea, e mai accentuată la făt și la noulnăscut, la cari media pierderii e de 8 gr. pe zi de fiecare kilogram al greutății totale a corpului.

7. Prezența spermei în uretră

După cum am arătat și la examenul petelor de spermă *(vol. I, pag. 591)* prezența aceasta e un efect al contractării cadaverice a vesiculelor seminale, ceeace are ca urmare golirea acestora.

8. Bătăile inimii și pulsul

Incetarea circulației vitale se verifică, în primul loc, prin cercetarea pulsațiilor radialei.

Oprirea definitivă a bătăilor inimii e un semn patognomonic sigur al morții. Se verifică prin ausculație. Dacă rezultatul auscultației, de o durată de cel puțin 5 minute, pe întreaga regiune precordială, e negativ, putem conchide la realitatea morții.

Dar, deoarece auscultația reclamă o ureche extrem de fină (reamintim cazul citat de *Tourdes*: o femee la care auscultația cardiacă fusese negativă, a rămas totuș timp de 6 ore in stare de moarte aparentă), e necesar ca, in ce privește examenul inimii, să se recurgă la probele de control, pe cari le vom indica mai departe. Vom invoca și demonstrația experimentală a lui *Brouardel*: animalul expiră și nu i se mai percep bătăile cardiace; pieptul e deschis și se vede inima cum bate.

Timp de câteva minute după moarte, mișcarea sângelui in inimă poate fi percepută sub forma unui zgomot ușor, dar acest sgomot nu trebue confundat cu sunetul asemănător suspinului care se aude la examenul extern al cadavrului, in momentul întoarcerii acestuia *(Haberlandt*, 1921).

9. Respirația

Incetarea respirației e, netăgăduit, un semn de o deosebită valoare diagnosticală a realității morții. Dar procedeele obicinuite de verificare (așezarea unei oglinzi în dreptul gurii, a unui pahar plin cu apă pe apendicele xifoid ori pe coaste) nu pot fi concludente, deoarece se notează uneori contracțiuni diafragmatice postmortale și cari simulează mișcările expiratorii vitale.

10. Rigiditatea musculară

a) Mecanismul. — Efect al coagulării miosinei musculare și deci al scurtării mușchiului, rigiditatea cadaverică e de o esențială valoare diagnosticală. Ea se manifestă prin înțepenirea treptată a întregului corp, procesul de contracțiune fiind îndeosebi accentuat la mușchii fleșisori, ceeace dă loc la mișcări de flexiune ale trunchiului și ale membrelor cari simulează o reacțiune vitală. Odată cu rigiditatea instalată, capul, cu fălcile strânse, e în extensiune pe trunchiu; braţele, în semiflexiune, sunt lipite de torace; membrele inferioare sunt în extensiune.

Degetele dela mâni, cu policele şi indexul lipite, se recurbează înspre palmă.

Pupila, dilatată în momentul morţii sau puţin după aceea, se contractă progresiv de îndată ce începe rigiditatea cadaverică. *Placzek* a demonstrat că nici chiar acţiunea midriaticelor şi a mioticelor (cu excepţia extrasului suprarenal al adrenalinei care întreţine miosisul) nu sunt în stare să modifice aspectul pupilei în cursul rigidităţii.

Inima nu e nici ea cruţată; ba, miocardul e chiar primul muşchiu supus contracturii cadaverice. *Aschoff* (1916) a găsit frecvent rigiditatea inimii la 30—45 minute după moarte; dar se poate întâmpla ca rigiditatea să se pronunţe abea după 1—2 ore şi chiar mai târziu (*Meixner* a văzut-o după 12 ore dela moarte). In autopsia practicată îndată după desăvârşirea rigidităţii, se găseşte întotdeauna în inimă sânge fluid, care e agitat de mişcările pasive ale cadavrului.

Fibrele musculare, examinate, din transparente, elastice, excitabile la acţiunea curentului electric şi cu reacţiunea alcalină *din timpul vieţii*, devin opace, ţepene, inexcitabile şi dau o reacţiune acidă.

Frântă printr'o acţiune mecanică, rigiditatea nu se mai restabileşte în regiunea interesată.

Vom încheea cu observaţia, că *rigiditatea nu trebue confundată cu îngheţarea cadavrului*; diagnosticul diferenţial e acesta: rigiditatea nu se produce decât la sistemul muscular, congelarea nu cruţă nici un ţesut moale, inclusiv pielea care devine şi ea dură.

b) Momentul debutului şi intensitatea rigidităţii sunt în funcţiune de diverşi factori:

1. Gradul de integritate vitală a muşchilor: cu cât muşchiul e mai puternic şi mai intact, cu atât e mai târziu atins de rigiditate care, odată instalată, persistă şi mai mult.

2. Vârsta individului. — Rigiditatea e mai precoce şi de o intensitate mai mică la copii şi bătrâni, decât la adulţii în puterea vârstei.

3. Ultima boală. — Cu cât nutriţiunea generală a suferit mai puţin din pricina bolii de care a murit individul, *cu atât şi rigiditatea e mai tardivă şi mai intensă* şi *de durată mai lungă*, ceeace se poate îndeosebi nota în moartea subită (fără preexistenţa unei stări cachetice) şi în moartea violentă. — Dimpotrivă, avem *rigiditate precoce, slabă şi de scurtă durată* in bolile cronice cachetizante (ftizia, cancerul stomacului, etc), în afecţiunile epuizând în chip acut sau cronic sistemul muscular, in hemoragia abundentă.

Rigiditatea e *precoce* şi în: moartea violentă precedată de convulsiuni generale, leziunea măduvei cervicale, intoxicaţiile cu strichnină, atropină, veratrină pilocarpină, cu oxid de carbon (în unele cazuri, e chiar aproape instantanee), în anestezia cloroformică, în electrocuţiune, în insolaţie, în tetanos.

Brown-Séquard a observat debutul rigidității chiar în timpul agoniei, la unii muribunzi, în bolile infecțioase.

4. Temperatura exterioară: atât frigul cât și căldura sunt prielnice instalării precoce și intense a rigidității: cadavrele supra-încălzite capătă o rigiditate foarte tenace. De îndată însă ce se pronunță putrefacția, chiar și această rigiditate cedează.

In general. *debutul ridigității* se notează în primele 2—6 ore dela moarte, excepționnl mult mai târziu, afară de rigiditatea miocardului (30—45 minute) și aceea a maxilarului inferior care uneori se instalează în interval de 30—60 minute.

Statistica lui *Niederkorn* (pentru 103 observații) ne dă cifrele medii în ore pentru debutul rigidității:

La	2	ore	după	moarte	în	2	cazuri
„	3— 4	„	„	„	„	45	„
„	5— 6	„	„	„	„	24	„
„	7— 8	„	„	„	„	18	„
„	9—10	„	„	„	„	11	„
„	11—13	„	„	„	„	3	„

Rezultă: timpul cel mai frecvent înregistrat e între 3—6 ore, iar cel mai rar notat e la 2 ore dela moarte și la 11—13 ore.

c. Mersul rigidității. — Necotropind năsprasnic întreg corpul rigiditatea se instalează în etape, după cum tot în etape și în aceeaș ordine dispare. Tipul comun al instalării e acela al propagațiunii *descendente,* în următoarea ordine: miocardul, vesiculele, seminale, maxilarul inferior, trunchiul, brațele și membrele inferioare. Tipul excepțional, descris de *Pellacani,* e cel *ascendent* caracteristic indivizilor slabi ori slăbiți de boală.

Dar nici unul din aceste două tipuri nu are o regularitate matematică: în unele cazuri, în forma descendentă, se poate nota întâiu regiditatea picioarelor și în urmă aceea a brațelor.

Generalizarea rigidității se face, de regulă, în 3—4 ore dela moarte; uneori în 3—7 ore. Dar și după acest din urmă interval se pot, excepțional, găsi zone cruțate de rigiditatea musculară (câteva observații publicate de *G. Strassmann* în 1922).

d. Durata. — Rigiditatea, am spus-o, dispare în etape și tot în ordinea în care s'a generalizat.

Durata ei, întocmai ca și momentul debutului, e în funcțiune de diverși factori: *gradul de integritate vitală a musculaturii; natura ultimei boli: vârsta* (la copii durata e mai scurtă), *temperatura*: căldura, grăbind putrefacția, accelerează și disoluția rigidității; frigul, dimpotrivă, prelungește durata, cu condiție însă ca efectul congelării să se producă repede. — Dacă, în primele ore, dispare brusc dintr'o zonă oarecare, rigiditatea se reinstalează în aceeaș zonă până în momentul când îi vine rândul pentru disparitie.

Ca regulă, durata e în funcțiune de momentul debutului: cu cât acesta a fost mai precoce, cu atât mai scurt e și timpul rigidității (la holerici, de exemplu, debutul se pronunță la 2 și chiar 1 oră dela moarte, dar și durata e extrem de mică: 2 ore, 1 oră sau chiar numai 30 minute).

Durata mijlocie, la adult, e de 30 ore; dar sunt excepțiuni de dispariție complectă, precoce și tardivă: în 20 ore dela debutul ei; 36—48—75 ore; în cazurile extrem de rare, după câteva săptămâni sau chiar și mai târziu (observațiile lui *Walz* — 1921, *Nippe* — 1923), când rigiditatea simulează un început de mumificare. Această durată excesivă, notată în desgropări, se explică prin natura terenului de inhumare, care favorizează desăvârșirea evaporării și uscarea, întârziind putrefacția. Dealtfel, și la unele cadavre putrefiate se pot găsi membrele inferioare cuprinse încă de rigiditate.

e. Absența parțială sau chiar totală a **rigidității**. 1. *Absența parțială.* — Rigiditatea cruță membrele sau numai segmente de ale lor: în disenteria cronică, s'au văzut cazuri cu brațele neînțepenite; deasemenea absența rigidității totale sau segmentare a membrelor se observă atunci când acestea au suferit leziuni foarte grave sau sunt atinse de gangrenă.

2. *Absența totală* e cu adevărat excepțională și de multe ori se interpretează ca atare o rigiditate insuficient pronunțată, ceeace se poate observa în moartea consecutivă intoxicațiunii fosforice, otrăvirii cu ciuperci, proceselor septice, precum și în degenerarea parenchimatoasă a musculaturii.

La unii copii născuți-morți, rigiditatea lipsește, dar aceasta nu înseamnă că n'a existat: s'a instalat în timpul prezenței fătului în cavitatea uterină și a dispărut cu mai mult sau mai puțin înainte de expulzare, după durata șederii cadavrului în uter.

f. Spasmul cadaveric sau rigiditatea cataleptică e o curioasă varietate a rigidității precoce, excesive: *se produce, fără nici un interval liber, imediat după ultima contracțiune musculară vitală și, instantaneu, se generalizează sau se localizează pe corp, așa că acesta rămâne în poziția din ultima clipă a vieții.*

Se deosebește însă de tipul comun al rigidității precoce prin următoarele caracteristice:

1. In *spasmul cadaveric* rigiditatea succede imediat celei din urmă contracturi vitale; în *rigiditatea precoce*, ca dealtfel în rigiditatea comună în genere, contractura vitală e urmată de un mai lung sau mai scurt interval de relaxare.

2. *Spasmul cadaveric imprimă cadavrului ultima atitudine vitală a corpului,* oricare ar fi fost ea; în *rigiditatea precoce* nu se poate întâmpla aceasta, atunci când pozițiunea cadavrului e contrară legilor greutății.

* * *

Notat îndeobște în cazuri de moarte consecutivă tetanosului, unei intoxicațiuni cu efect năprasnic sau unei morți fulgerătoare prin armă de foc, spijă de obuz, în explozii, trăsniri, în urma fracturilor craniene și a leziunii centrilor nervoși, spasmul cadaveric, ma spus-o, poate fi generalizat sau localizat la anumite regiuni.

I. *Generalizată*, rigiditatea cataleptică imprimă întregului corp, ultima atitudine vitală. Aceasta ajută, în unele cazuri, la demonstrarea împrejurărilor în care s'a produs moartea.

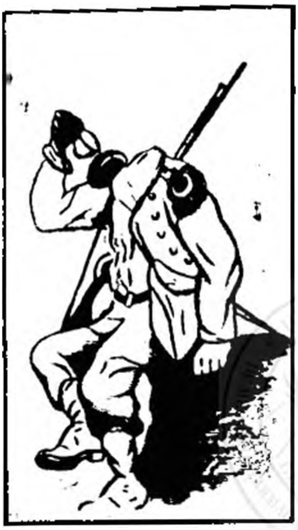


Fig. 205. — Spasmul cadaveric generalizat. Cadavrul unui infanterist găsit de Rossbach pe câmpul de luptă. Rigiditatea cataleptică a surprins soldatul în poziția ce se vede, în momentul când ducea la gură, spre a bea, o ceașcă de apă; în aceeaș clipă un obuz i-a retezat capul.

A. In toate războaele, pe câmpul de luptă, au fost găsite cadavre de ofițeri și de soldați în poziția în care i-a surprins moartea: în cea de încărcare, în cea de înaintare și de retragere, cu picioarele desfăcute, etc. E clasică observația cu colonelul englez (în bătălia dela Inkermann): pe când se afla în fruntea regimentului său pornit la atac, a avut craniul zdrobit de o ghiulea; corpul, rămas încălecat, a fost readus la postul de comandă de calul rămas teafăr.

B. In sinuciderea prin arma de foc, mâna sinucigașului rămâne crispată pe revolver.

C. In caz de crimă, nu numai că victima rămâne în ultima pozițiune vitală, dar în mâinile ei înțepenite se pot găsi obiecte sau o șuviță de păr aparținând ucigașului. Din bogatul material adunat de *Baumann și Lochte* cităm un caz deosebit de edificator, pentrucă prin identificarea spasmului cadavric s'a putut identifica însuș asasinul:

Un bătrân fusese găsit mort în biuroul său. La ancheta judecătorească, fiul mortului dă următoarea explicație: în cursul unei certe, părintele său a scos un revolver și, după ce a tras în el fără să-l nimerească, s'a sinucis, descărcându-și un glonte în tâmpla dreaptă și prăbușindu-se pe parchet, cu fața în jos.

Medicul expert, de față la cercetarea locală, face inspecțiunea exterioară a cadavrului și notează, că nici pieptul, nici partea superioară a abdomenului nu atinge pardoseala. Intorcând cadavrul cu fața în sus, observă, în mâna dreaptă, tocul cu care decedatul scrisese la masă, în momentul morții; ceva mai mult mâna stângă avea poziția firească a omului care scrie. Faptul că, culcat pe față, nici pieptul nici partea de sus a abdomenului nu atingeau pardoseala, indica poziția adusă în care se găsia corpul așezat la masa de scris, în clipa în care a fost fulgerat de moarte. Dacă rigiditatea cataleptică — pentru întâia oară descrisă de *Du Bois-Reymond* — nu s'ar fi produs, corpul, în căderea depe scaun, s'ar fi destins și n'ar mai fi lăsat golul unghiului notat, iar tocul ar fi căzut din mână.

II. *Localizat* la o parte izolată a corpului, spasmul cadaveric se traduce prin următoarele forme: 1. conservarea ultimei expresii a fizionomiei; 2. conservarea unei atitudini, a unei mișcări parțiale (gestul de apărare cu mâna, gestul sinuciderii cu revolverul în dreptul tâmplei, al frunţei, al gurii); 3. păstrarea atitudinii de agresiune, etc., etc.

II. Lividităţile cadaverice

Petele acestea cadaverice, tocmai prin constanta lor notare (noi le-am înregistrat la miile de cadavre examinate la Institutul Medico-Legal din Bucureşti), de îndată ce au fost suprimate funcţiunile vitale esenţiale, au o reală valoare pentru diagnosticarea morţii. Dar, ca unele ce în esenţă nu sunt decât produse hipostasice post-mortale, e natural ca excepţional — şi anume în anemia extremă consecutivă unei hemoragii prea abundente — petele acestea să lipsească.

a. Mecanismul formării lor. — Indată după instalarea morţii, circulaţia vitală fiind întreruptă, sângele, ca orice corp greu, afluează spre părţile declive şi profunde, străbate pereţii vaselor şi imbibă ţesuturile. Se produce astfel un dublu fenomen: pedeoparte pălirea şi mai mult a tegumentului în zonele înălţate (din cari s'a deplasat, total sau parţial, lichidul sanguin), pe dealta hiperemiarea congestivă a părţilor aplecate sau profunde, constituindu-se astfel hipostazele externe ale pielei şi cele interne ale organelor.

Fenomen prin excelenţă post-mortal, petele acestea se pot excepţional nota şi în agonie, în unele cazuri de moarte asfixică sau holerică.

Formarea hipostazelor tegumentare are efectul nu numai de a anemia pielea *dar şi de a face să dispară depe ea eritemele vitale ale pojarului, scarlatinei şi erisipelului.* In schimb sunt cruţate alte manifestaţiuni vitale: coloraţiunile diverse (după vârsta lor) ale echimozelor, pigmentaţiunile, tatuajul, roşeaţa periferică a ulcerelor vechi, coloraţiunea icterică, cianoza asfixică a feţei şi a buzelor.

b. Forma şi culoarea. — 1. La început, lividităţile cadaverice apar sub *forma* de pete rotunjite sau de dungi răzleţe, cari, ulterior, prin contopire, se grupează, constituind plăci mai mari, interesând zone întinse ale tegumentului.

2. *Coloraţia* petelor depinde atât de abundenţa sângelui cât şi de vechimea lor. Debutând, deobiceiu, prin nuanţa violacee, aceasta se închide treptat, putând face loc unei culori negricioase.

Coloraţia e în funcţiune şi de eventualele modificări vitale ale sângelui: roşu deschis în intoxicaţia oxicarbonată, în degerare şi în submersiune; cenuşiu bătând în galben în intoxicaţia cu clorat de potasiu.

c. Repartiţia petelor pe tegumente. — Am spus: lividităţile se formează pe părţile declive ale corpului. Repartiţia lor e, însă, în funcţiune pe deoparte de poziţia cadavrului, iar pe de alta de compresiunea prelungită ce eventual se exercită asupra uneia sau unora dintre regiunile acestuia.

I. Poziţia cadavrului. — 1. In *decubitusul dorsal*, se văd pe: ceafă, spate şi feţele laterale ale toracelui, faţa posterioară şi feţele laterale ale membrelor.

Nu se văd pe zonele fatal comprimate (omoplaţii, fesele şi pulpele) şi pe toată faţa anterioară a corpului.

2. In *decubitusul facial*, adică în poziția cadavrului culcat pe abdomen, petele *se văd* pe: față, gât, piept, pe fețele laterale ale toracelui și abdomen (afară de partea comprimată), fața anterioară și fețele laterale ale membrelor.

Nu se văd pe toată fața dorsală a corpului și pe frunte.

3. In *poziția pe coastă*, lividitățile se văd pe declivitatea laterală, afară de zonele comprimate.

4. *Pe cadavrul unui spânzurat, rămas atârnat*, lividitățile acoperă jumătatea inferioară a corpului, pe toate fețele.

5. *In poziția laterală a capului* (în decubitusul dorsal) se poate nota această particularitate: o jumătate a feței e lividă, cu conjuctiva ochiului respectiv injectată, pe când cealaltă jumătate și conjunctiva ochiului acesteia sunt palide.

II. Compresiunea, care se manifestă prin plăci sau dungi palide, e de două feluri:

1. *Compresiunea pasivă: a.* cea exercitată de suprafața locului pe care stă întins corpul (pe fața comprimată se pot nota și desenuri reproducând structura suprafeței comprimante); *b.* compresiunea exercitată de greutatea corpului pe fața laterală a brațului prins sub trup.

2. *Compresiunea activă:* zonele comprimate de îmbrăcăminte și încălțăminte îndeosebi de cutele acestora; cele comprimate de guler, fular, colier, panglică, centură, bretele, jaretiere, legătura strangulării și a spânzurării.

d. Deplasarea petetelor. — Inainte de a se produce hemoliza, lividitățile, prin modificarea poziției cadavrului, pot dispare depe zonele unde s'au format, spre a reapare în partea opusă. De îndată însă ce imbibițiunea e înaintată, adică după cel puțin 3—4 ore dela începerea formării lor, petele nu se mai șterg cu totul în părțile odată interesate, dar se mai pot constitui pe fața opusă, după o trecere de 6—12 ore (o experiență demonstrativă a lui *G. Strassmann*, 1922); după trecerea de 24—30 ore dela constituirea lor, lividitățile pot păli, în schimbarea poziției corpului, dar e exclusă posibilitatea formării lor pe fața opusă. Deasemenea e exclusă constituirea de noui hipostaze chiar în modificarea precoce a poziției unui cadavru extrem de anemiat.

e. Debutul. Inceputul formării lividităților depinde de următorii factori: 1. cantitatea de sânge rămasă în corp; 2. gradul de fluiditate a sângelui; 3. temperatura exterioară (căldura accelerează fenomenul cadaveric); 4. felul intoxicațiunii (arsenicul, strichnina îl *întârzie*); 5. septicemia e și ea un agent al precocității; 6. natura bolii (holera, tetanosul îl *întârzie*).

In funcțiune de acești diverși factori, debutul lividităților se poate nota într'un interval de 30 minute la 7 ore, sau chiar mai târziu (îndeosebi sub acțiunea paralizantă a frigului).

f. Durata. — Lividitățile își păstrează nuanța pronunțată până la a 12—15-a oră dela debut; apoi culoarea li se închide, iar putrefacția le comunică o nuanță verzue mai întâiu, negricioasă în urmă.

g. Valoarea diagnosticală. — O latură a valorii diagnosticale a lividităților e și aceea, că după repartiția lor se poate conchide cu siguranță asupra poziției în care s'a aflat cadavrul; se mai poate demonstra dacă, în intervalul de 6—12 ore dela constituirea lor în poziția inițială, aceasta din urmă a fost modificată.

h. **Diagnosticul diferențial.** — După cum am arătat, vorbind despre echimoze, un examen superficial poate uneori da loc la o confuzie, luându-se drept fenomen vital ceeace în realitate nu e decât efectul hipostazei postmortale. Diferențiarea se face astfel: dacă, prin incizia practicată pe sufuziune, nu se constată în țesutul celular subcutanat un focar de sânge extravazat, coagulat și imbibând ochiurile rețelei, avem certitudinea că ne aflăm în fața unei pete cadaverice.

i. Hipostazele interne se notează: pe *meninge*; la *gât* (subcutanate și intramusculare, pe pereții posterior al faringelui, esofagului și laringelui, în țesutul dintre esofag și coloana cervicală); pe *plămâni*; pe *stomac* și *intestin*; în țesutul interstițial al *pancreasului*; *în întregul țesut celular subcutanat* cași în *țesutul muscular* (după poziția cadavrului).

12. **Pata verzuie a putrefacției**

E, precum am spus-o, singurul semn a cărui ivire nu mai îngăduie nici o îndoială despre realitatea morții.

Pata aceasta particulară, de un verde murdar și care succede lividităților cadaverice, apare de regulă mai întâiu în zona vintrală dreaptă, de unde se întinde pe abdomen. Numai la înnecați se ivește întâiu la nivelul sternului. Concomitent cu apariția ei pe față și pe partea superioară a corpului, colorațiunea aceasta caracteristică năpădește întreaga suprafață tegumentară. Această pată e un efect al acțiunii gazelor, generate de germenii din intestin, asupra materiei colorante a sângelui din peretele abdominal. Pata pornește dela fosa iliacă dreaptă și deacolo se întinde pe părțile laterale ale pântecelui. Ulterior, în putrefacția înaintată, pata aceasta atacă și gâtul, pieptul, spatele, membrele.

Incepând de regulă dela abdomen, indiferent de felul morții și de mediul în care se află cadavrul (aerul liber sau coșciugul), pata verzuie poate avea excepțional și alt punct de plecare: după cum am arătat partea superioară a pieptului la cadavrul de înnecat care plutește la suprafață (întotdeuna pe spate); tot pieptul în caz. de emfizem; în zona unei răni sau a unui ulcer.

Apare deobiceiu în faza de dispariție a rigidității, deci în interval de 24—48 ore (după cum e și temperatura exterioară mai ridicată sau mai scăzută). Indeosebi repede se manifestă în flegmasiile viscerelor abdominale, în revărsările peritoneale și în febrele puerperale. — După 3—4 zile dela moarte, culoarea se'nchide, iar pata se întinde pe tot abdomenul, cotropind și părțile genitale unde, la ambele sexe, are o nuanță brună-verde murdară. Pete verzui, mai mult sau mai puțin mari, acoperă gâtul, părțile laterale ale pieptului, membrele inferioare. După 4—12 zile, petele verzui, închizându-se şi mai mult, se lărgesc şi, împreunându-se, acoperă întreaga suprafaţă tegumentară.

13. Desfigurarea

Pomenim numai în treacăt de acest semn exterior, pentrucă el nu mai e numai o confirmare a morţii, ci a însăş evoluţiei procesului de descompunere. Gazele putrefacţiei, pe măsură ce se desvoltă, desfigurează faţa, balonează abdomenul, scrotumul, vulva; epiderma, care din ce în ce se înegreşte, se acoperă cu bule sau flictene umplute cu un lichid roşcat, apoi se ramoleşte cu tendinţa de a se desprinde. Pe suprafaţa membrelor se distinge desenul roşcat sau vânăt al reţelei vasculare subcutanate. Apoi încep să se desprindă şi unghiile, părul capului şi perii.

B. Semnele particulare ale morţii

In absenţa petei putrefacţiei, cele mai multe dintre celelalte semne patagnomonice sunt de ordin strict interpretativ. Pentrucă după cum am arătat şi la studiul morţii aparente, unele indicaţiuni, chiar asociate, pot induce în eroare.

Edificatoare, printre multe altele, e următoarea observaţie:

O femee tânără se otrăveşte cu morfină şi veronal. A doua zi e socotită moartă: *corpul intens răcit, rigid, absenţa pulsului, a respiraţiei, a reacţiunei pielei la picurarea de ceară roşie.* A treia zi e pusă în sicriu, dar curând se observă semne vitale: *un medic intervine şi o readuce definitiv la viaţă,* fără măcar urma unei pneumonii (*Haberda*, 1928).

Deaceea, la verificarea morţii, se recurge la procedeele artificiale, pe cari în mare parte le-am descris şi la dovada morţii aparente:

I. Respiraţia. — 1. *Proba oglinzii:* dacă faţa oglinjoarei, ţinută în dreptul gurii, nu se abureşte (vaporii de apă din aerul expirat), e întrucâtva un semn de suprimare a respiraţiei. *Dar nu e concludent*, pentrucă, am văzut, pedeoparte funcţiunea respiratorie poate fi abolită în stare de moarte aparentă, iar pe dealta aburirea oglinzii se poate nota în contracţiunile postmortale ale diafragmei.

2. *Semnul lui Icard* (vezi: mijloacele de verificare a morţii aparente) cu identificarea hidrogenului sulfurat degajat prin orificiile respiratorii. *Numai în moartea reală* şi înainte de apariţia petei verzui a putrefacţiei se înregistrează la exterior prezenţa hidrogenului sulfurat.

3. *Proba stetoscopică a lui Jablonowski*, în deosebi pentru verificarea abolirii funcţiunii respiratorii în moartea consecutivă intoxicaţiunilor, în care auscultaţia e de regulă negativă. Absenţa curentului expirator e o probă neîndoiasă a morţii.

II. Circulaţia. — 1. *Absenţa oricărei pulsaţii a arterei radiale* e confirmată fie cu ajutorul oscilometrului lui Pachon, fie prin auscultaţia cu ajutorul sphigmotensifonului lui *Vaquez* şi *Laubri* sau cu acela al fono-sphigmometrului lui Lian. *(proba lui Balard San Pedro Anchochury).*

2. *Proba arteriotomiei*, prin secţionarea arterei radiale sau temporale: absenţa scurgerii sanguine e o dovadă de oprirea circulaţiei vitale. Proba nu e însă in-

totdeauna concludentă, pentrucă sunt excepțiuni de supraviețuire (un holeric, care după rezultatul negativ al secțiunii arterei radiale, a mai trăit două ore — *Magendie*).

3. *Proba ventuzelor*: *a*. absența sângelui în ventuza scarificată aplicată în regiunea epigastrică — semnul lui *Levasseur*; *b*. absența oricărei modificări în colorația pielei abdomenului, prin aplicarea unei ventuze uscate pe abdomen — *Semnul lui Boudimir*.

4. *Proba ligaturii*: neînvinețirea degetului strâns legat cu o sfoară la rădăcina lui — *semnul lui Magnus*.

5. *Verificarea absenței oxigenului în sânge* — proba lui *Fabroni* cu injecțiunea subcutanată a soluției apoase de albastru de methylen (*vezi: probele de confirmare a morții aparente*).

6. *Proba lui Icard*, pe cât de ingenioasă, pe atât de inofensivă (injecția subcutanată de fluorescină), e cea mai concludentă (vezi: *probele de confirmare a morții aparente*).

7. *Bătăile inimii*: proba *akidopeirastiei* (*Middeldorf*); proba electrocardiografiei a lui *Einthoven și Hugenholtz*; proba radioscopică a lui *Piga* (vezi: *procedeele de confirmare a morții aparente*).

8. *Proba ligaturii venelor*: absența circulației venoase, fatală în abolirea celei arteriale, e confirmată prin faptul că, în urma aplicațiunii unei ligaturi, venele nu se mai umflă.

III. Ochiul. — 1. Constatarea oftalmoscopică a *absenței sângelui din artera centrală și din retină; dispariția parțială a sângelui din venele retiniene* cari se turtesc iar în lichidul sanguin rămas se notează la intervale bule gazoase; papila optică nu se mai detașează sub relieful vaselor golite, iar choroidea, din roșie, devine albicioasă, sidefie sau cenușie ca plumbul murdar (*Semnele lui Bouchut*).

2. *Absența reacțiunii pupilare* sub influența luminei, a mydriasicelor și myosicelor. Semnul acesta e, însă, de o valoare diagnosticală relativă: *a*. la morții holerici, reacțiunea subsistă câtva timp; *b*. în primele 15 minute după moarte, atropina, eserina, cabarina își păstrează efectul pupilar.

3. *Modificarea formei pupilei prin presiunea exercitată pe globul ocular* — semnul lui *Silberstein* (1924).

IV. Sensibilitatea. — *Anestezia generalizată* pusă în evidență (în ordinea energiei mijlocului întrebuințat) prin absența reacțiunii la orice stimulent și la orice cauză de provocare a durerii: *a*. respirarea amoniacului, eterului; *b*. gâdilarea mucoasei nazale și faringiene, precum și a tălpii piciorului; *c*. fricțiunile cu loțiuni iritante; *d*. sinapismele, ventuzele uscate; *e*. ciupirea cu degetele în zonele cele mai sensibile; *f*. flagelațiunea; *g*. acupunctura; *h*. ciupirea cu un cleşte dințat aplicat pe sfârcul mamelei (proba lui *Josot*); *i*. opărirea cu apa în clocote sau cu uleiu fierbinte; *j*. cauterizarea cu acidul sulfuric, cu ceara roșie, cu fierul înroșit în foc; *k*. inciziunea profundă.

Anestezia, chiar generalizată, nu e însă un semn de certitudine a morții, pentrucă ea se poate nota și în viață, la unii indivizi, după cum a demonstrat-o cel dintâiu *Charcot* pentru anumite forme ale histeriei.

V. Auzul. — Dacă organul a fost intact până în ultima clipă a vieții, individul, numai în stare de moarte aparentă, poate manifesta prin semne, uneori abea perceptibile, că aude când e strigat pe nume, lucru ce de altfel se obține în anestezia generală artificială.

VI. Musculatura. — 1. *Incapacitatea țesutului muscular de a reține lichidul injectat* (eter pur) care, prin canalul de înțepare, reapare la suprafața cutanată — semnul lui *Rebouillat*.

2. *Absența sgomotului rotatoriu al lui Collongues* — vâjâitul muscular (vezi: *probele de confirmare a morții aparente*). Dar, numai un sgomot intens e o dovadă de

persistenţă a vieţii, pentrucă, atenuat, vâjâitul subsistă câtva timp după moarte spre a se stinge cu totul într'un interval oscilând între 10 şi 16 ore.

VII. Reacţiunile cutanate. — 1. *Placa pergamentată*, prin fricţiunea cu un corp aspru, într'un interval de cel puţin 6 şi cel mult 12 ore.

2. *Semnele lui Icard.* — *a. Prin forcipresură (vezi probele de confirmare a morţii aparente)*: amprentele lăsate de dinţi se pergamentează, iar, în reacţiunea chimică, lichidul picurat din înţepături e *amfoter*, dacă dela moarte nu s'a scurs decât 1—4 ore, şi *acid* dacă dela moarte au trecut cel mult 5—8 ore (în moartea aparentă, am văzut, reacţiunea e întotdeauna alcalină). — *b. Proba firului dublu de aţă tras cu acul prin cuta cutanată strânsă cu o pensă* (vezi *confirmarea morţii aparente*): prezenţa acidului cadaveric se manifestă prin urma roşie lăsată de firul imbibat pe foaia de hârtie albastră de lakmus.

3. *Neoxidarea acului de oţel înfipt în piele şi extras după cel puţin 30 minute* (semnul lui Laborde).

4. *Proba picăturii de acid sulfuric* (semnul lui *Chavigny* şi *Simonin*): locul cauterizat capătă o uşoară coloraţie ambrată, se pergamentează şi devine întrucâtva transparent.

5. *Arsuri de gradul II*, prin apropierea flacărei unei lumânări la 5 mm. de buricul unuia din degete: epiderma îngălbeneşte, se crispează, se ridică formând un flicten gazos care, plezniind cu sgomot, poate stinge lumânarea.

VIII. Acidificarea viscerelor (proba lui *Brissemoret* şi *Ambard*, prin puncţiunea pulpei hepatice sau splenice — vezi *probele de confirmare a morţii aparente*). Pulpa colectată prin aspiraţiune şi dispusă pe hârtia de turnesol albastru, din cauza acidităţii cadaverice, lasă o pată roşie vizibilă pe faţa inferioară a hârtiei reactive.

Pata aceasta se identifică deadreptul dacă moartea datează de cel puţin 5—6 ore. Dacă, dimpotrivă, moartea e mai recentă (1—2 ore), aciditatea e mascată de alcalinitatea sângelui din fragmentul de pulpă şi atunci, prin strămutarea substanţei parenchimatoase pe o altă bucată de hârtie de turnesol, pata roşie apare în 4—5 minute.

Procedeul nu dă niciodată greş, dacă se recurge la el înainte de debutul rigidităţii şi mai ales înainte de apariţia petei verzui a putrefacţiei.

IX. Imaginea radiogarfică a cavităţii abdominale. — Pe când la omul viu această imagine e indescifrabilă, la cadavru, din contră, e foarte clară, toate organele fiind bine conturate. Aceasta se explică pedeoparte prin imobilitatea, iar pe de alta prin fosforescenţa organelor.

In debutul putrefacţiei, sub acţiunea razelor X, se formează în corp emanaţiuni sulfuroase.

X. Proba urinară (procedeul lui *Vigetti* cu injecţia intravenoasă sau intramusculară a soluţiei de fenolsulfoftaleină — vezi: *mijloacele de confirmare a morţii aparente*). Absenţa coloraţiei roşiatice a urinei extrase cu sonda e o dovadă a morţii reale.

XI. Starea sângelui — semnul lui Donne. — Proba aceasta, desăvârşită de *Corin*, e bazată pe absenţa proprietăţii sângelui intra-vascular şi extra-vascular de a se coagula după trecere de cel mult 4—6 ore dela moarte. După acest interval, se deschide o venă şi se colectează sângele pe o sticlă de ceas: *a)* dacă nu există sau nu se formează nici un chiag, e o dovadă că moartea datează de mai mult 4—6 ore; *b)* dacă găsim sau în timpul examenului se constitue un cheag, acesta spre a fi cadaveric, trebue să putem nota la el următoarele particularităţi: filiform, cantitate redusă de fibrină, moale, rar, absenţa striurilor; şi în atare caz moartea datează de mai mult de 4—6 ore.

C. Epoca morții

E de prisos să mai stăruim asupra importanței acestei laturi a expertizei medico-legale. De rezolvarea ei depinde nu numai posibilitatea determinării cel puțin a unora din împrejurările în cari a survenit moartea, dar și aceea a stabilirii succesiunii momentului morții la doi sau mai mulți indivizi sucombați cu acelaș prilej. Intr'o atare eventualitate interesul justiției e de a se demonstra: *în penal*, care din două persoane găsite moarte a jucat rolul mai întâiu de agresor și apoi de sinucigaș; în civil, în ce ordine au murit persoanele între cari există legături de moștenire materială, spre a se hotărî care anume a putut fi ultimul testator.

In materie civilă, atunci când expertul nu se poate rosti cu certitudine, legea engleză statornicește că ultimul supraviețuitor e persoana cea mai tânără, deoarece se presupune că rezistența la acțiunea agenților morții e în funcțiune de vârsta individului.

Fie, însă, în penal fie în civil, problema e aproape insolubilă atunci când expertiza, din lipsă de elemente coroborante, e nevoită să conchidă, după aparențe, la simultaneitatea morții (otrăvire, accident, explozie, etc.).

* * *

Determinarea epocii morții poate fi cerută în două forme ale acesteia: imediat după deces și înainte de debutul putrefacției; după un interval mai mult sau mai puțin lung, într'una din etapele descompunerii caracterizate.

I. Inainte de debutul putrefacției

1. **Utilizarea diverselor semne generale ale morții, ținându-se însă seama de toate variațiunile și excepțiile indicate:** temperatura cadavrului, atitudinea acestuia, rigiditatea, lividitățile cadaverice, starea sângelui.

a. *Răcirea corpului* nu poate fi un element de apreciere decât în primele ore după moarte. Mai e de observat că, atunci când e vorba de un degerat sau de un înecat în apă rece, nu mai e cu putință nici o concluzie serioasă.

b. *Starea sângelui.* — Coagularea sângelui scos din cadavru e un semn de moarte foarte recentă.

Cu o mai mare sau mai mică aproximație se poate trage o concluzie din cercetarea simultană a câtorva din semnele generale:

I. Persistența unei temperaturi mai ridicate, coagulabilitatea sângelui extras din vase, absența rigidității și a petelor cadaverice indică o moarte foarte recentă.

II. Răceala cadavrului și debutul rigidității: moartea datează de mai puțin de 24 ore.

III. Răceala și rigiditatea desăvârșită, prezența lividităților dar fără pata verzue a putrefacției: moarte de 2, 3 sau 4 zile.

2. **Deducțiuni trase din acte fiziologice vitale:** starea de digestiune a conținutului stomacal, crioscopia, docimazia hepatică.

a. *Conținutul stomacal.*— Pentru valoarea diagnosticală a examenului stării substanțelor alimentare găsite în stomac, vezi: *„Examenul conținutului stomacal“*, Vol. I, pag. 465—469. E, însă, de observat că, fără a i se tăgădui importanța, rezultatul acestui examen e susceptibil de erori de interpretare și aceasta din următoarele considerațiuni:

1. Digestiunea acelorași alimente nu se face în acelaș fel și în acelaș interval la toți indivizii.

2. Digestiunea post-mortală (vezi: *„Pseudo-moartea aparentă“*, vol. III).

⁂

Oricum: un conținut stomacal insuficient atacat de sucul gastric e o indicație de scurgerea unui interval scurt între ultima masă și moarte; un stomac gol (afară numai dacă se face dovada postirii) indică un interval lung între ultima ingerare de alimente și decesul.

b. *Crioscopia sângelui* prin procedeul lui Revenstorf (vezi: *„Crioscopia“, vol. I, pag. 459*).

c. *Docimazia hepatică* (vezi: vol. I, pag. 485—489) a cărei valoare diagnosticală asupra epocii morții a fost magistral pusă în evidență de *Etienne Martin.*

II. După pronunțarea putrefacției

Pentru determinarea aproximativă a epocii morții (câteva zile, săptămâni, luni, câțiva ani) ne servim de elementele trase din studiul putrefacției (vezi: *„Desgroparea — Epoca morții“, vol. I, pag. 522;* capitolul imediat următor consacrat *„Putrefacției“*).

Intr'un studiu recent (1930), Profesorul *Nicolae Minovici*, în colaborare cu *Dr. Kernbach* și *Dr. Cotuțiu*, conchide:

1. Examenul histologic simplu și cel bacteriologic nu pot contribui la determinarea datei morții, decât în primele zile ale putrefacției.

2. Metoda histo-chimică permite să se cunoască fazele succesive ale putrefacției în diversele organe: grație ei putem urmări: infiltrația grăsoasă și steatoza post-mortală, saponificarea grăsimilor preexistente, hidroliza sau autoliza materiilor proteice, precum și desaminarea produselor de degradare albuminoasă.

3. In pământ descompunerile parțiale ale cadavrului variază după organ.

4. Acizii grași, rezultând din saponificare, apar, în putrefacția în pământ, înaintea acizilor de origine proteică.

CAP. II

PUTREFACŢIA

Corpul, odată intrat în stăpânirea morţii, dacă nu e conservat prin îmbalsamare sau mumificare. e irevocabil menit distrugerii. Această nimicire e sau artificială sau naturală.

Artificială, distrugerea e opera incinerării.

Naturală, distrugerea e faza ultimă a unui proces de descompunere lentă — putrefacţiunea.

Studiul acestui proces de desagregare şi de dispariţie a materiei organice are o valoare capitală pentru medicina legală, pentrucă, graţie cunoştinţelor dobândite, expertul e în stare de a determina. cu o mai mare sau mai mică aproximaţie, însăş epoca morţii. indiferent de lungimea intervalului dintre momentul încetării vieţii şi acela al examenului cadavrului, desgropat sau încă neîngropat.

Dar în afară de acest element esenţial al expertizei. desvoltarea putrefacţiei mai îngădue medicului legist: 1. să facă diferenţierea unei leziuni vitale de una post-mortală; 2. să determine mediul în care a stat cadavrul neîngropat şi descoperit numai întâmplător sau în urma unui denunţ; 3. să se rostească în chestiunile de otrăvire (inclusiv intoxicaţiile alimentare) şi îndeosebi în acele prin alcaloizi. ţinând seama de generaţiunea spontană a ptomainelor.

In treacăt vom observa că studiul putrefacţiunii e de o mare utilitate pentru aplicaţiunile higienei profilactice. atât din punctul de vedere al descompunerii substanţelor alimentare. cât şi din acela al focarului de contaminare ce-l constitue cadavrele pentru vecinătatea mediului în care se află (vezi: observaţiunile noastre cu privire la cimitir).

I. Mecanismul putrefacţiei

Ingrădiţi de cadrul fatal limitat al unui tratat general de medicină legală şi trebuind să ne mărginim la aplicaţiunea medico-legală. nu ne e îngăduit să dăm studiului putrefacţiei extensiunea din monografia ce i-am consacrat acum treizeci şi unu de ani (*M. Minovici*, 1899: „Putrefacţia din punct de vedere medico-legal şi higienic"). In prezenţa expunere succintă vom trata chestiunea pe temeiul cunoştinţelor acumulate şi verificate în cursul unei îndelungate practice de. cercetări in această direcţie.

Fără a nesocoti lumina proiectată de lucrările unui *Orfila*, unui *Devergie* unui *Casper*. trebue să proclamăm. că marea. hotărîtoarea contribuţiune la desvăluirea ştiinţifică a tainei putrefacţiei au adus-o nemuritorul *Pasteur*.

prin cercetările lui asupra fermentaţiunii, şi progresele ulterior realizate în domeniul bacteriologiei.

Cu ajutorul acesteia din urmă — care a identificat şi catalogat flora cadaverică, — şi prin cunoaşterea faunei cadaverice, putem să ne explicăm mecanismul fenomenelor putrefacţiei, în aproape imuabila lor lege de înlănţuire.

In definitiv, putrefacţia e descompunerea substanţelor organice azotate, îndeosebi a albuminoïdelor, prin acţiunea microbiană şi prin persistenţa fenomenelor chimice în organismul omenesc după moartea acestuia. Această definiţie ne înlesneşte şi diferenţierea putrefacţiei de fermentaţiune: în putrefacţie, fiecare dintre substanţele ce intră în compoziţia corpului suferă o descompunere specială: pe lângă peptone, acizi şi baze, intră în acţiune o infinitate de micro-organisme, cari sunt adevăraţi agenţi ai desagregării.

1. Agenţii putrefacţiei

a. Acţiunea din timpul vieţii

Cunoaşterea mecanismului de distrugere a cadavrului e necesară, pentrucă nu toate cadavrele se descompun în acelaş interval şi în acelaş fel. Alura şi aspectul putrezirii depinde de o serie de factori pe cari îi vom expune mai departe. Depe acum, însă, ţinem să spunem — concluziune la care am ajuns în urma observaţiunilor făcute cu prilejul examinării a mii şi mii de cadavre — că nu orice modificare pasivă interesând ţesuturile sau organele cadavrului e neapărat produsă de acţiunea post-mortală a micro-organismelor. Am putut stabili că, şi în timpul agoniei, *bacteriile patogene sau acele cari, în starea normală a organismului viu, se găsesc pe piele şi în anumite organe şi cavităţi (îndeosebi în tubul digestiv) şi n'au nici un raport cu infecţiunea cauză a morţii, pătrund, încă în timpul vieţii, în sânge şi ţesuturi, pe cari le însemânţează.*

Ne găsim astfel în prezenţa a ceeace *Malvoz* a numit o adevărată *floră a organismului viu.*

Aşa identificăm:

1. *Stafilococi şi streptococi* cari se găsesc pe pielea sănătoasă, mai ales în plicele acesteia.

2. *Saprofiţi* cari în mare cantitate se găsesc în gură; unii au un rol determinant în caria dentară.

3. *Microbi patogeni*, dintre cari micrococul pneumoniei şi bacilul pseudodifteric îşi au deasemenea sediul în cavitatea bucală.

4. *Streptococi şi diplococi*, cari există şi în cavitatea nazală, în mucusul laringean, tracheean şi bronchic.

5. *Colibacili*, cari din stomac trec în mediul mai prielnic pe care-l constitue intestinul subţire. Colibacilii aceştia întreţin, chiar la individul cel mai sănătos, un vast focar de putriditate, cu neîntrerupta transformare a peptoanelor în indol, scatol, etc.

6. *Micrococi, streptococi şi stafilococi* cari îşi au sediul în cutele mucoasei vaginale, de unde pătrund până la colul uterin.

b. Acțiunea de după moarte

Deslănțuirea procesului evident al putrefacției e opera exclusivă a bacteriilor. Criptogamele și larvele de insecte, cari se depun pe tegumente, nu intervin mai târziu decât cu titlul de colaboratori, pentru desăvârșirea destrucțiunii.

Am văzut că și în timpul vieții se găsesc în organism, *în intestin mai ales,* bacterii patogene, în special saprofiți, adică microbi înzestrați cu proprietatea de a descompune substanțele albuminoide. Aceasta ne și explică de ce putrefacția se pronunță întâiu la abdomen — pata verzue. Microbii aceștia, grație diastazelor lor, distrug celulele mucoasei, străbat tunicile și se răspândesc în ramificațiunile venei-porte și în limfatice, iar de aci în ficat. Alți microbi ajung până în cavitatea peritoneală și, înmulțindu-se, invadează mai departe splina, cavitățile pleurală și pericardică. In cele din urmă bacteriile pun stăpânire și pe vasele mari. Iar în timpul acestei invazii, germenii porniți din gură, din arborele respirator și din aparatul genito-urinar își fac drum până la organele vecine.

Insfârșit, pielea este și ea străbătută de microbii veniți de afară: penetrațiunea aceasta se face cu atât mai lesne cu cât e mai lezat tegumentul cutanat (rănile de tot felul, macerațiunea înnecaților).

In acțiunea microbiană post-mortală deosebim două etape mari : faza microbilor *aerobi* care durează atâta vreme cât aceste micro-organisme găsesc, în organismul atacat, oxigenul necesar vieții și proliferării lor; faza microbilor *anaerobi* cărora le priește tocmai absența mediului oxigenat. In aceasta a doua fază sunt foarte activi și așa numiții *anaerobi facultativi*, adică micro-organisme cari se înmulțesc indiferent dacă mediul conține sau nu oxigen. Dar, deoarece oxigenul din organism se consumă repede, urmează că greul sarcinii de descompunere îl poartă anaerobii: aceștia atacă, reducând-o, constituția chimică a substanțelor albuminoide, cu care prilej se degajează în abundență produse gazoase ca acidul carbonic, hidrogenul sulfurat, amoniacul.

In adevărata putrefacție, în afară de *coli* și de o serie de microbi din această familie bacilară, intervin ca agenți activi, după cum a constatat *Babeș*, și bacili sporulați: bacilul subtilis și bacilul edemului malign

In ce privește ordinea de apariție și de succesiune a microbilor putrefacțiunii, ea depinde: de temperatură, umiditate, presiunea și electricitatea atmosferică; de boala de care a murit individul: de modificarea continuă a reacțiunii, concentrării și compoziției substratului organic, în evoluția procesului putrid; mediul, la început favorabil unei specii de microbi, devine neprielnic și atunci locul ei e ocupat de o specie adaptabilă mediului modificat.

După lucrările de laborator mai recente (*Romanese-Tore*, 1927), în etapa anaerobă își face mai întâiu apariția bacilul perfringens, apoi bacilii butirici şi în coadă bacilii din specia putrificans. Condiţiunile exterioare grăbesc sau întârzie, dar nu modifică ordinea, care depinde de condiţiunile mediului în care se desvoltă microbii. Acestei succesiuni de anaerobi cu proprietăţi diferite corespund fenomenele macroscopice ale desvoltării gazoase şi ale colicaţiei. Perioadele emfizematoase şi colicative ale putrefacţiei sunt indiciul macroscopic al activităţii predominante a uneia sau a celeilalte specii.

Fapt cert e că, la *adult*, putrefacţia începe cu intestinul, după care intră în acţiune flora microbiană din gură, din căile respiratorii, din organele genitale şi depe piele, precum şi microbii cari din intestin au pătruns în sânge şi în organe. La *făt* şi la *noul-născut* care n'a respirat — la cari flora microbiană nu se constitue decât abea după câteva ore sau chiar câteva zile dela expulzare — putrefacţia porneşte dela nivelul orificiilor naturale şi al pielei.

Dar şi la *adult* mersul putrefacţiei e înrâurit îndeosebi de factorul temperatură. Congelarea cadavrului împiedică desvoltarea substanţelor putrede cari distrug ţesuturile şi dizolvă globulele roşii. Aceasta se observă nu numai la cadavrele conservate în aparatul frigorific, ci şi la cele de indivizi degeraţi: în interval de 24 ore dela moarte nu se găsesc microbi în organele interne. Dimpotrivă, în cadavrele prost conservate în timpul verii, microbii (coli comunis, proteus, stafilococi, streptococi) invadează numai decât organele în următoarea ordine verificată de *Babeş:* beşica udului, rinichii, peritoniul, ganglionii mesenterici, apoi restul organelor şi al ţesuturilor.

2. Factorii cari influenţează putrefacţia

Nu la orice cadavru se observă întreaga gamă a procesului putrefactiv. Uneori descompunerea se opreşte imediat după apariţia primelor semne, alteori se poticneşte la jumătatea drumului. Se mai notează o oprire, după care putrefacţia ia un aspect particular: mumificarea uscată ori mumificarea grăsoasă — o adevărată degenerescenţă grăsoasă a tuturor ţesuturilor.

a. Factorii interni

I. Vârsta. — E vorba, fireşte, de făt şi de noul-născut.

1. *Fătul mort în uter*, înainte de plesnirea membranelor oului, e la adăpost de orice acţiune microbiană şi de aceea notăm la el ori macerarea ori mumificarea (vezi: „*Avortul*", vol. II). — Dacă, dimpotrivă membranele sunt deacum rupte, cadavrul fătului are aspectul unui născut-mort.

La fătul care n'a ajuns la termen, tegumentele cutanate, dacă sunt moi, constitue un nespus de prielnic teren de cultură pentru saprofiţii veniţi de afară: aceasta ne explică dece feţii de câteva luni, imediat după expulzarea lor, putrezesc foarte repede.

2. *Noul-născut la termen* (vezi: *„Pruncuciderea"*, vol. II). — Evoluţia rapidă a procesului de putrefacţie, în pruncucidere, e grăbită de faptul că în genere pruncul, gol sau înfăşurat într'o cârpă, e aruncat în apă, latrină ori îngropat în băligar.

Dar diferenţiarea esenţială între putrefacţia noului-născut şi aceea a adultului o constitue repartiţia florei microbiene.

Microbii nu apar în tubul digestiv al noului născut decât abea după câteva ore, chiar câteva zile dela naştere. Dacă moartea se produce înainte de ivirea, în tubul digestiv, a lui bacterium coli şi şi a lui baccillus lactis aerogenes, putrefacţia e opera acelor microbi cari pătrund de afară, prin piele şi orificiile naturale (proteus, bacillus fluorescens lichefacens, bacillus subtilis, micrococi).

Indeosebi în ce priveşte noul-născut aruncat în latrină, e de observat că putrefacţia e lentă (uneori atât de încet că întreg corpul se transformă în adipoceară), atunci când conţinutul haznalei e format numai din materii fecale şi din urină, fără intervenţia apei de ploaie, a apei de canalizare ori a lăturilor. Intr'o hazna conţinând şi apă sau într'una bine aerată, putrefacţia se face foarte repede.

II. **Sexul.** — După toate probabilităţile, constituţia mai limfatică a femeii e mai prielnică evoluţiei rapide a putrefacţiei. Fapt demonstrat, însă, este că întotdeauna şi oricare ar fi felul morţii, *cadavrul unei femei moarte după facere putrezeşte mai repede.*

III. **Constituţia.** — Un cadavru gras, limfatic, se descompune mai repede ca unul slab, uscat, pentrucă putrefacţia e favorizată de abundenţa lichidelor în organism. — Dăm ca exemplu una din numeroasele noastre observaţii: cadavrul de o slăbiciune extremă al unei fete de 17 ani, moartă de ftizie pulmonară, e desgropat după 26 zile; cadavrul e într'o perfectă stare de conservare, iar organele interne nu prezintă decât un început de putrefacţie.

IV. **Condiţiunile individuale.** — E vorba de flora microbiană intestinală care, încă din timpul vieţii, variază dela individ la individ: dovadă mirosul asfixiant al scaunelor unei persoane cu aparenţa celei mai perfecte sănătăţi. Un organism, deacum invadat în momentul morţii de microbii veniţi din intestin, putrezeşte mai repede decât un cadavru în care saprofiţii tubului digestiv n'au depăşit bariera din timpul vieţii.

Faptul acesta prezintă un deosebit interes şi pentru diagnosticul felului morţii, când avem de examinat un cadavru ciopârţit: dacă, de exemplu, găsim trunchiul putrezit, iar membrele smulse, frânte sau amputate în stare de conservare, deducem că victima, în momentul morţii, era în plină sănătate; pe când, dacă toate părţile trupului ciopârţit prezintă acelaş grad de putrefacţie, e un indiciu că, în momentul morţii, victima era bolnavă sau otrăvită, iar circulaţia postumă s'a stabilit înainte de depesaj. Apoi, putrefacţia va fi mai întârziată la cadavrul unui individ la care, înainte de moarte, intestinul a fost mai mult sau mai puţin evacuat prin diaree ori purgaţie; din contră, evoluţia putridă va fi mai rapidă la individul mort cu o constipaţie sau o obstrucţie intestinală. Prin influenţa condiţiunilor individuale se poate explica şi faptul — pentru întâia oară notat de *Casper*, la examenul cadavrelor celor căzuţi pe baricade cu prilejul unei răsvrătiri populare la Berlin: nu numai putrefacţia nu avea acelaş aspect la toate cadavrele, dar unele din ele erau cu totul cruţate de procesul de descompunere.

V. **Felul morţii.** — a) In *moartea subită* putrefacţia e mai lentă.

b) In *moartea consecutivă unei boli acute sau cronice*, care a avut vremea să reducă vitalitatea şi rezistenţa ţesuturilor şi a organelor, putrefacţia e mult înlesnită.

c) In *moartea consecutivă unei boli infecţioase* putrefacţia e îndeosebi de rapidă. — O observaţie: am desgropat, după 26 zile, cadavrul unei femei moarte de septicemie post-puerperală; putrefacţia era foarte înaintată din pricina că organismul fusese încă din timpul vieţii din belşug însemânţat cu saprofiţi.

d) *In moartea consecutivă unei răni deschise sau unei plăgi contuze grave, unora dintre otrăvuri, asfixiei, insolaţiei, trăsnirii, electrocuţiunii, anasarcului, bolilor cu agonie lungă*, putrefacţia e şi mai grăbită şi mai intensă.

e) Un rol în mersul putrefacţiei îl joacă şi *cantitatea de sânge din organism, în momentul morţii:* mai repede putrezeşte organul congestionat decât cel anemiat.

f) Cadavrul unei *persoane cu puterile sleite după un lung surmenaj fizic ori intelectual* putrezeşte mai repede: în cursul efortului continuu se acumulează în organism o mare cantitate de produse de desasimilare cari nu se elimină în proporţia necesară întreţinerii vitalităţii organismului.

g) Un cadavru, *cu cavităţile deschise* (accident, autopsie) şi în contact cu aerul putrezeşte mai repede decât cadavrul individului scos de sub un mal surpat, de sub un zid năruit, deoarece aerul n'a putut pătrunde aşa uşor.

h) Corpul unui *înnecat* expus la aer putrezeşte mai repede, dacă şi condiţiunile exterioare de temperatură sunt şi ele prielnice.

i) La un *spânzurat*, cu toate modificările congestive ale organelor, înmulţirea microbilor se face într'un tempo moderat.

j) In *intoxicaţiunile cu oxidul de carbon, cu acidul cianhidric*, mersul putrefacţiei e mai lent.

k) In *intoxicaţia arsenicală* greşit se crede că arsenicul stinghereşte procesul putrefacţiei: dacă într'o atare otrăvire se notează un oarecare grad de conservare a cadavrului, aceasta se explică prin acțiunea disicantă a mediului în care se găsește corpul. Adevărat e numai că o otrăvire masivă cu arsenic poate prezerva stomacul de descompunere, nu însă și restul corpului la care, în condițiuni normale, putrefacția începe în intervalul obicinuit. Pentrucă arsenicul n'are absolut nici o acțiune asupra florei microbiene din intestin.

l) *Alcoolul,* mai ales când stomacul conține alimente, grăbește putrefacția.

m) Putrefacția e întârziată în cadavrele *din cari, la autopsie, s'au scos măruntaiele.*

In definitiv, la examinarea cadavrului intrat deacum în putrefacție, *expertul trebue să stabilească, între altele, dacă, în speță, cauza morții e sau nu dintre acelea, cari, încă în timpul vieții, provoacă migrațiunea saprofiților intestinali și invazia lor în organele cele mai profunde.* Aceasta îl va ajuta la determinarea aproximativă a datei morții.

b. Factorii externi

I. **Temperatura.** — 1. *Căldura* moderată accelerează putrefacția, pe când cea escesivă duce, dimpotrivă, la uscare. In teză generală, putrefacția comună nu e posibilă dincolo de 60°. Temperatura cea mai prielnică e între 18 și 22°. Vara, pe o atare temperatură și numai după două zile dela moarte, putrefacția e atât de înaintată, că autopsia se face anevoie. — 2. *Frigul,* din contră, întârzie putrefacția: la o temperatură de 5°—8°, sub zero, cadavrul rămâne conservat timp de 10—20 zile.

Dacă, la un cadavru ținut la o atmosferă sub + 12° găsim, la câteva zile după moarte, microbi în sânge, splină, etc., avem certitudinea că germenii existau deacum în corp în timpul vieții.

Căldura temperată, asociată cu umezeala, accelerează mersul putrefacției.

II. **Umezeala.** — Putrefacția, între altele, e favorizată de cantitatea mai mare de lichide organice. Aceste lichide se evaporează treptat, rupând mai întâiu tegumentele abdominale, apoi acele ale pieptului și în cele din urmă pielea capului. E dela sine înțeles că în măsura în care va interveni o mai largă cooperare a umezelii exterioare, cu atât mai grăbit va fi și mersul putrefacției. Din contră, dacă pierderea de apă, prin deshidratarea normală a cadavrului, nu e compensată prin umezeala exterioară, atunci putrefacția comună e repede oprită, spre a face loc mumificării.

c) **Mediul.**

Acesta, după împrejurări, e: aerul liber, solul, băligarul, gunoiul, apa, conținutul latrinei, etc.

I. **Aerul.** — Cadavrele expuse la aer putrezesc mai repede decât cele îngropate sau decât cele menținute într'un lichid (înecații în apă, latrine, etc.). *Orfila* demonstrase deacum că putrefacția e mai rapidă în aerul umed ca în cel uscat, mai rapidă în băligar decât în apă, latrină sau în pământ; mai rapidă în apă decât în latrină; cea mai lentă e putrefacția în sol. Iar *Casper* ne dă această formulă, firește de o valoare relativă: o săptămână de putrefacție la aerul liber echivalează, la temperatura egală, cu două săptămâni în apă și opt săptămâni în pământ.

Mai avem de observat că, *gol*, cadavrul putrezește mai repede decât atunci când e îmbrăcat, că deci părțile rămase acoperite vor fi mai bine conservate decât cele desgolite (1. Un înecat rămas numai cu cismele în picioare: gambele erau perfect conservate, pe când pe restul corpului epiderma era deacum desprinsă și căzută. 2. Cadavrul unui cocoșat rămas spânzurat: tot corpul era deacum în stare de putrefacție înaintată, pe când toracele, grație corsetului special, era oarecum bine conservat).

Referindu-ne la observațiunile făcute cu privire la acțiunea temperaturii și a umezelii, deducem în mod logic că un aer excesiv de uscat va paraliza mersul putrefacțiunii comune, deviind-o spre mumificare.

II. **Pământul.** — In primul loc atragem atenția asupra naturii solului (teren devorant și teren conservator — vezi: *„Desgropările"*, vol. I, pag. 524). Pentrucă, după cum pământul este moale și poros ca nisipul, sau tare ca argila, putrefacția va fi mai grăbită sau mai întârziată. Intervenția umidității compensează neajunsul consistenței solului: pământul calcaros e mai uscat, iar cel argilos sau bogat în turbă e mai jilav.

Putrefacția e în funcțiune și de adâncimea gropii: cu cât profunzimea e mai mare, deci stratul deasupra cadavrului mai puțin permeabil pentru aerul atmosferic, cu atât procesul de descompunere e mai lent.

Cadavrul putrezește mai repede în groapa individuală decât în groapa colectivă.

Mersul putrefacției în pământ e în funcțiune și de contactul cadavrului cu terenul: cadavrul gol putrezește mai repede decât cel îmbrăcat ori cel pus în cosciug. Mai e de observat că mersul descompunerii corpului e în raport direct cu însăș repeziciunea putrezirii materialului din care e confecționat sicriul: putrefacția e mai rapidă într'un cosciug de brad decât într'unul de stejar, într'un sicriu necăptușit cu tablă decât într'unul căptușit sau într'unul de metal; într'un cosciug cu crăpături, decât într'unul bine încheiat și cu capacul ermetic închis. Intr'o groapă zidită putrefacția e mult întârziată.

Substanțele pulverulente depuse în sicriu sau cele antiseptice cu cari a fost stropit cadavrul întârzie putrefacția.

Pentru ilustrarea celor expuse, dăm câteva din observațiile făcute cu prilejul desgropărilor practicate de noi:

1. Bărbat de 60 ani. Pământul umed până la cosciug, care deasemenea e îmbibat de apă. La 35 zile dela moarte, cadavrul e macerat.

2. Bărbat de 50 ani. Pământul argilos și umed, dar goapa adâncă de numai 80 cm. La 41 zile dela moarte: putrefacția foarte înaintată.

3. Bărbat de 23 ani. Pământ humos, infiltrat cu apă de ploaie. Adâncimea gropii: 1.40 m. Cosciugul plin cu apă. La 63 zile dela moarte: tegumentele foarte macerate: pielea, împreună cu părul și unghiile, se desprinde în lambouri, pe alocurea mușchii au început să se transforme în adipoceară.

4. Fată de 15 ani. Pământul argilos, umed până la cosciugul de brad care e plin cu apă. La 8 zile dela îngropare: epiderma macerată se desprinde în lambouri, putrefacția înaintată, creerul e terciuit, toate organele interne în plină putrefacție gazoasă.

5. Copilă de 9 ani. Pământul foarte permeabil. Groapă adâncă de numai 1.10 m. Cosciug de brad. La 18 zile dela moarte: cadavrul redus în stare de schelet.

6. Bărbat de 25 ani. Adâncimea gropii de 80 cm. Temperatura exterioară, în tot timpul șederii în pământ, e ridicată. La 12 zile dela moarte, cadavrul desgropat e găsit redus în stare de schelet.

7. Bărbat de 60 ani. Mormântul boltit cu cărămidă, fundul pământ gol. Cosciug de stejar. La 30 zile dela moarte cadavrul e încă foarte bine conservat.

III. **Băligarul.** — Putrefacția e mai rapidă decât în pământ. Iarna însă, mersul descompunerii e mult întârziat, pentrucă acțiunea frigului e înlesnită de permeabilitatea mediului.

IV. **Apa.** — Mersul și aspectul putrefacției în apă diferă de acelea ale putrezirii corpului la aerul liber ori în pământ. Deosebirile acestea sunt datorite următorilor factori:

1. *Temperatura.* — *a.* Intâiu e de observat, că, prins în masa de apă înghețată, cadavrul se conservă până la desgheț. In ghețurile vecinice corpul rămâne indefinit la adăpost de atacul agenților putrefacției: la Muzeul din Moscova am putut vedea, pe vremuri, un boiu de mamut cu tegumentele moi, care stătuse mii de ani în ghețurile Siberiei.

b. Iarna, un cadavru scos după 10—20 zile din apa neînghețată dar a cărei temperatură nu trece de +2°—6°, e încă bine conservat. *Vara*, din contră, apa având o temperatură de +18°—20°, chiar numai după 5—6 zile, putrefacția e deacum declarată.

c. O altă considerațiune e aceea a temperaturii apei după adâncime: apa e mai rece în straturile inferioare decât la suprafață și în straturile mai apropiate de aceasta, pentrucă razele solare o încălzesc în măsură inegală, pornind dela suprafață în adâncime. De aceea putrefacția e cu atât mai rapidă cu cât cadavrul se găsește mai aproape de suprafață.

d. Vara, când temperatura apei e mai ridicată, putrefacţia se face repede, iar desvoltarea gazoasă e atât de abundentă, că, după numai câteva zile, cadavrul reapare plutind la suprafaţă.

2. *In apele curgătoare* corpul fiind neîncetat spălat, e firesc ca mersul putrefacţiei să fie influenţat.

3. *Lipsa de oxigenare a mediului* contribue şi ea la modificarea procesului de descompunere.

4. *Pătrunderea mai mult sau mai puţin repede a apei în marile cavităţi naturale ale corpului.* Dacă e bogată în microbi, apa va grăbi putrefacţia. Apoi, pătrunderea apei în sânge grăbeşte şi ea putrefacţia, cu condiţiunea însă ca temperatura mediului să nu fie prea scăzută.

5. *Scos din apă şi expus la o temperatură superioară aceleia a mediului,* cadavrul se descompune cu o repeziciune proporţionată gradului de căldură a atmosferei.

V. **Conţinutul latrinelor.** — Variantă a putrefacţiei în apă, descompunerea în conţinutul latrinei e mai înceată, pentrucă mediul nu e prea prielnic desvoltării fermenţilor putrizi. In schimb saponificarea e grăbită. (Vezi şi capitolul „*Pruncuciderea*", vol. II).

II. Mersul putrefacţiei microbiene

Momentul apariţiei putrefacţiei, am văzut-o, e în funcţiune de factori interni şi de factori externi (mediul).

1. In aerul liber

A. Modificările exterioare

In general putrefacţia devine manifestă îndată după dispariţia rigidităţii cadaverice. — In ordinea cronologică notăm:

a) In primele 24—48 ore

I. **Schimbarea coloraţiei pielei.** — Pielea unui cadavru expus la aerul liber devine albăstrue sau verzue mai întâiu pe coaste, apoi pe abdomen, torace şi restul corpului. Coloraţia nu e uniformă ci poate prezinta, după zone, diverse nuanţe: albastru, verde, roşu inchis, pământiu.

II. **Apariţia de pete mai mult sau mai puţin inchise în părţile unde s'a produs imbibarea şi transsudarea sanguină.**

III. **Pata verzuie** (vezi descripţia ei la semnele morţii reale).

IV. **Globul ochiului** devine moale şi cedează presiunii digitale.

b) După 3—4 zile dela moarte

I. **Pata verzuie** (vezi coloraţia şi întinderea ei la semnele morţii reale).

II. **Acțiunea gazelor.** — Sub presiunea gazelor (deobiceiu hidrogenul sulfurat și fosforat, cari se desvoltă în vase, în cavitățile seroase, în țesutul celular), pântecele se umflă, lichidul din vasele mari e împins spre periferie. Sângele, ale cărui globule sunt alterate, devine spumos, iar *spuma* aerată se scurge pe nas și gură. Se stabilește astfel ceeace *Brouardel* a numit *circulația postumă* care, provocând ieșirea lichidului prin plăgile membrelor, dă leziunilor aspectul unor răni vitale. Circulația aceasta gazoasă difuzează micro-organismele în întreg cadavrul.

De aci notarea următoarelor apariții:

1. Pielea se'ntinde, fața e bugedă, pleoapele umflate, pieptul bombat, pântecele balonat, scrotomul și penisul voluminoase. Umflarea abdomenului poate merge până la plesnire și, în atare caz, microbii de afară pătrund în interiorul corpului și astfel procesul descompunerii e mult grăbit. *Vara*, după 3—4 zile, presiunea gazelor în cavitatea abdominală e atât de mare, că, în caz când cadavrul e închis ermetic într'un sicriu de plumb, se aude o explozie. Aceasta se poate înregistra și în cimitire, dacă permeabilitatea termenului o îngăduie.

2. Tot sub acțiunea gazelor se mai notează: împingerea conținutului stomacal spre esofag și faringe și revărsarea lui de aci în căile aeriene; împingerea spre exterior a mucoasei rectale și a celei vaginale; expulzarea fătului rămas în uterul femeii gravide.

3. Bulele și flictenele tegumentului cutanat, cari se produc sub acțiunea combinată a microbilor veniți din cavități și a saprofiților din aer.

III. **Mirosul cadaveric**, datorit fermentației microbiene.

c) După 4—12 zile dela moarte

I. **Petele verzui** (pentru colorația și extensiunea lor, vezi semnele morții reale).

II. **Gazele** continuă să umfle corpul, al cărui volum poate crește chiar până la dublul celui din viață.

III. **Cornea** se turtește, devine concavă, dar culoarea ochilor se mai poate cunoaște.

IV. **Sfincterul anal** e foarte slăbit.

V. **Culoarea roșie-murdară a desenului subcutanat al venelor în care au pătruns gazele** (îndeosebi la gât, piept și extremități).

d) După 15—20 zile dela moarte

I. **Pielea depe tot corpul e roșie-brună**, epiderma e ridicată de o serozitate roșie-murdară. Pericraniul e desprins. Unghiile, mobile, se pot smulge cu mare ușurință.

II. **Fața e atât de schimbată** (pleoapele, nasul, buzele, fălcile foarte umflate), că mortul nu mai e de recunoscut. Irisul şi pupila ne mai fiind vizibile, culoarea ochilor nu se mai poate distinge.

III. **Organele genitale.** — Penisul, umflat, are dimensiuni enorme, iar scrotumul are volumul unui cap de copil.

IV. **Larvele de insecte.** — In anotimpul când muştele sunt încă vii, numeroase larve acoperă corpul mai ales la orificiile naturale.

E de observat că acest aspect al cadavrului se poate nota chiar numai după 4—8 zile, atunci când temperatura exterioară e de cel puţin +16°—20°; dimpotrivă cu o temperatură de numai 5°—10°, modificările acestea apar abea după 40—50 zile.

e) După 1—3 luni

Cadavrul e verde, escoriat. Numai cu ajutorul altor elemente se poate determina epoca aproximativă.

f) După 4—6 luni

E faza de ramolire a ţesutului; toate părţile moi sunt transformate într'un terciu.

I. **Tegumentele cavităţilor** (toracică şi abdominală) plesnesc.

II. **Craniul:** adesea suturile acestuia cedează sub presiunea gazelor.

III. **Orbitele** sunt goale.

IV. **Oasele**, îndeosebi acele ale craniului şi ale membrelor, sunt desgolite. Prin disoluţia ligamentelor şi a aponevrozelor, oasele membrelor sunt desfăcute la articulaţiuni.

V. **Faţa:** se poate spune că nu mai există.

VI. **Pieptul:** nu se mai poate preciza dacă e piept de femee ori de bărbat.

VII. **Genitalele externe** fiind cu totul distruse, nu se mai poate determina sexul pe baza examenului exterior. Diferenţiarea se va face numai, la examenul interior, după prezenţa sau absenţa uterului.

Modificările acestea pot fi mai precoce, atunci când cadavrul e ţinut într'un mediu cald şi umed.

g) Putrefacţia vitală

Numim astfel complexul de semne cari, mai mult sau mai puţin pronunţat, simulează pe acele ale putrefacţiei post-mortale.

I. Un membru sfacelat, falsele membrane cari acoperă faringele, pereţii desprinşi ai unui abces vechiu, plăgile complicate, pleura şi conţinutul ei în pneumotorax, mucusul purulent în nări, pustulele confluente în variolă, bubonii în ciumă, escarele şi ulcerele intestinale în febra tifoidă, muco-puroiul acumulat în vesica bolnavă, resturile placentare într'un uter purulent şi gangrenos, —

toate acestea pot constitui, pe omul viu, locul unei descompuneri cu fermentaţiune amoniacală. Dar această putrefacţie locală, legată de o stare determinată, nu poate fi confundată cu putrefacţia post-mortală care atacă întreg corpul, cu apariţii mai pronunţate in locuri de predilecţie.

II. *Mirosul fetid* în gangrena plămânului, in secreţiunea bronchică (ftizia), în ozena, în variola confluentă.

III. *Gangrena,* mai ales atunci când mirosul fetid e însoţit şi de ramolirea ţesuturilor, simulează foarte bine descompunerea post-mortală. Dar, la omul viu, gangrena e circumscrisă, pe când, pe cadavru, putrefacţia, care debutează cu abdomenul, nu e prin nimic îngrădită. Putrefacţia post-mortală e în totdeauna o gangrenă umedă, o disoluţiune cu totul diferită de aceea care atacă părţile unui corp viu.

IV. *Petele cutanate, petechiile,* cari însoţesc scorbutul, febrele grave, histeria (în cazuri rare), septicemia. Experienţa va ajuta pe expert să diferenţieze numaidecât aceste pete (roşii, violete, vinete, negre) de primele semne ale putrefacţiei cadaverice.

V. *O mare echimoză abdominală, consecutivă unei contuziuni.* Ajunge să se facă o inciziune, pentru a se diferenţia echimoza de pata verzue a putrefacţiei.

B. Modificările interioare

Structura histologică, cantitatea de sânge şi umori, gradul de imbibiţiune, posibilitatea mai mare sau mai redusă a contactului cu aerul atmosferic exercită o influenţă netăgăduită asupra debutului descompunerii diverselor organe interne. Iată dar un criteriu de o deosebită valoare pentru diagnosticarea epocii morţii.

In ordinea cronologică a inceputului putrefacţiei notăm:

I. **Tracheea şi laringele.** — La cadavrele proaspete sau la cele cu numai câteva pete verzui răzleţe pe abdomen, mucoasa tracheei mai are, pe toată intinderea ei până la ramificarea bronchiilor, culoarea albă ce o capătă imediat după moarte (afară de cazurile de moarte asfixică sau de moarte consecutivă unei laringite).

In stare de putrefacţie mai inaintată a corpului, membrana mucoasă a tracheei e vişinie sau roşie-inchisă şi nici cu lupa nu se pot distinge vasele injectate. Mai târziu, mucoasa aceasta capătă o coloare măslinie, iar cartilajele tubului se separă unele de altele. Cu înaintarea putrefacţiei mai rezistă cricoidul, tiroidul şi câteva inele tracheale, pentru a dispare la rândul lor.

II. **Creerul nouilor-născuţi** şi acela al sugacilor vine în al doilea loc, atât graţie structurii delicate a organului cât şi acţiunii aerului care pătrunde prin fontanele.

III. **Stomacul.** — Ca aspect diferă dela cadavru la cadavru: mic ori mare, destins de gaze ori turtit, plin cu alimente ori evacuat prin acţiunea gazelor putrefacţiei.

Mucoasa, imbibându-se foarte lesne cu materiile colorante din conţinutul gastric, se prezintă când galbenă (pigmenul bilei, etc.) când înegrită (medicamente, fructe), când roșie (vin, etc.), violacee, ardoazată, verzuie. — Boala de care a suferit individul lasă și ea o urmă asupra mucoasei, al cărei aspect va diferi după cum e vorba de un catar, de o inflamație, o otrăvire cu o substanță caustică, etc.

Primele semne ale putrefacției stomacului se notează după trecere de 2-3 zile dela moarte: pete răzlețe de mărime inegală și colorate în roșu-murdar, petele acestea apar mai intâiu pe partea posterioară și apoi pe cea anterioară. In acelaș timp se constitue pe curbura mică niște dungi roșii.

In putrefacția înaintată coloarea roșie-murdară a petelor face loc uneia neagră bătând in cenușiu, iar țesutul organului se ramolește uniform în toate straturile lui; mucoasa e ridicată prin numeroase bule gazoase.

Stomacul, ramolit, se transformă treptat intr'un segment cilindric, apoi intr'o massă membranoasă uscată și în sfârșit intr'o materie neagră.

IV. **Intestinele.** — Aceleași modificări cași la stomac. — Se mai notează in particular: imbibițiunea biliară a pereților în partea care vine in atingere cu besica fierei: dela inceput interiorul intestinului e cotropit de gaze, apoi se formează un emfizem sub-mucos cu bule de mărime variabilă (uneori se produce o plesnire a intestinului). In putrefacția mai înaintată, pereții se usucă, se lipesc, iar massa intestinală se lipește de coloana vertebrală; cu timpul nu rămâne decât o massă membranoasă, uscată, reductibilă în filamente coroliforme.

V. **Splina** putrezește repede, transformându-se într'un terciu negricios.

VI. **Epiploonul** și **mesenterele.** — Ganglionii mesenterici putrezesc mai repede la indivizii grași.

VII. **Ficatul.** — La inceputul putrefacției se notează, in afară de o micșorare de volum, o modificare a colorației (devine verde) și constituirea unui emfizem. Cu timpul, organul se reduce la o massă turtită, uscată, transformată ulterior intr'o materie moale negricioasă — *Vesicula biliară*, atunci când e plină, conține o bilă deasă, măslinie. Putrezește complect inaintea ficatului.

VIII. **Creerul** adultului se conservă mai bine ca acela al noului-născut ori al sugaciului, bineințeles dacă n'au preexistat alterațiuni patologice cari grăbesc putrefacția. In descompunere, creerul, micșorat de volum, e mai întâiu ramolit, verzui, iar apoi se transformă într'un terciu cenușiu bătând in verde sau galben. — *Cerebelul* e mai puțin rezistent ca encefalul.

IX. **Pericardul** e sediul unei abundente desvoltări gazoase și are o colorație roșie de imbibițiune.

X. **Inima.** — Se notează: endocardul imbibat, roșu-inchis, cu fine granulații albicioase ca niște fire de nisip; vacuitatea cordului, datorită presiunii gazoase și transsudării; bule gazoase in interiorul inimii; ramolirea miocardului, a cărui colorație străbate toată gama de nuanțe dela violetul închis până la negrul deschis. Pe măsură ce putrefacția inaintează inima se turtește, se reduce la o langhetă brună, spre a sfârși prin a se topi, nelăsând decât un strat negru, bituminos.

XI. **Vasele:** imbibarea tunicii interne cu serozitatea sângelui; vacuitatea. Marile trunchiuri arteriale rezistă mult putrefacției (*Orfila* a putut identifica aorta după 14 luni).

XII. **Plămânii.** — In momentul când incepe putrefacția lor, se mai pot incă deosebi leziunile vitale sau post-mortale: dar chiar în descompunerea inaintată se pot identifica procese imflamatorii, bacilii tuberculozei, corpii streini. — Transsudația cadaverică dă naștere unui edem putred. Sub acțiunea gazelor se desvoltă bule subpleurale de mărime variabilă. In putrefacţia înaintată, plămânii se turtesc şi devin verzui, ardoazaţi, albăstrui; în ultimele faze se transformă într'o massă membranoasă negricioasă.

E de notat că plămânii edemaţiaţi putrezesc mai repede: descompunerea e îndeosebi accelerată în zonele cari sunt sediul unei hepatizări lobare sau lobulare, ori al unei degenerescenţe caseoase.

XIII. Pleurele, sediu al unui transsudat al serului sanguin, se ramolesc. Părţile scăldate de transsudat dispar repede, pe când cele cruţate se transformă într'o foaie foarte subţire.

XIV. Rinichii sunt mai întâiu îmbibaţi, roşietici sau vineţi, iar capsula se desprinde lesne. In putrefacţia mai înaintată, apar în ţesut bule gazoase mici; cu timpul se produce ramolirea şi transformarea într'un terciu negricios. *Capsulele supra-renale* putrezesc înaintea rinichilor.

XV. Vesica se poate recunoaşte, numai după textură, la câteva luni dela moarte. In cele din urmă se retractează, se ramoleşte şi dispare.

XVI. Limba, vălul palatului, faringele. — Mucoasa devine verzue şi se ramoleşte; apoi culoarea se închide tot mai pronunţat. După câteva luni, limba nu se mai înfăţişează decât ca un apendice membranos uscat şi subţire.

XVII. Esofagul. — Partea superioară se colorează mai întâiu în verde închis, pe când nuanţa părţii inferioare e bilioasă sau roşiatică. In putrefacţia avansată, esofagul se ramoleşte şi cu timpul dispare.

XVIII. Pancreasul. — Ramolirea e mai lentă atunci când individul a murit în perioada digestivă.

XIX. Diafragma se subţiază, se usucă, se înnegreşte, se perforează şi se reduce la o membrană brună, foarte subţire, care n'are nici forma nici textura muşchiului.

XX. Măduva spinării, îndată ce a început să se descompună, se şi lichefiază.

XXI. Nervii periferici opun o mare rezistenţă.

XXII. Organele genitale masculine. — După dispariţia penisului şi a scrotumului — cari, după ce au fost destinse de gaze, se transformă într'un terciu negricios — e atacată *prostata* care, la rândul ei, dispare.

XXIII. Uterul, deşi prin vagin e în comunicare directă cu aerul de afară, e cel mai rezistent la putrefacţie. Uneori îl mai găsim aproape intact (cu excepţia trompelor şi a ovarelor) la o epocă în care toate celelalte organe interne au dispărut.

* * *

In ceeace priveşte sângele, vom observa că putrefacţia lui e rapidă în următoarea ordine: formarea de bule gazoase, lichefierea cheagurilor de constituţie post-mortală, transsudarea serului prin pereţii vaselor, distrugerea progresivă a globulelor.

2. In pământ

Din cauza şederii într'un mediu atât de absorbant cum este în general pământul, disoluţia cadavrului e mai lentă şi mai incompletă ca în aerul liber şi această diferenţiare va fi cu atât mai accentuată, cu cât corpul va fi îngropat la o adâncime mai mare şi cu cât natura terenului va constitui o împotrivire la acţiunea distrugătoare a germinaţiei aerobe şi anaerobe. Putem asista chiar la o stagnare, urmată fie de transformarea cadavrului în adipoceară, fie de mumificarea lui (forme despre cari vom vorbi deosebit).

A. Aspectul general al corpului

I. Capul

a) El se ține încă de coloana vertebrală și-și conservă toate raporturile sale, atunci când pleoapele sunt deacum subțiate și înfundate din cauza distrugerii globilor oculari.

b) Într'o *fază mai înaintată a putrefacției,* găsim părul căzut, părțile moi ale nasului, buzele și o parte din pielea capului distruse: oasele craniului, desgolite, sunt acoperite cu un strat grăsos negru. — Pe partea superioară a capului, între periost și os, se găsește o infiltrație subcutanată sero-sanguinolentă. Pe craniu și pe față se vede un mucegaiu verde sau albicios.

c) După 3—4 luni nu mai există părți moi pe față, ci numai câteva resturi membranoase în regiunile malare. Maxilarul superior se mai ține de temporal. O tracțiune ușoară ajunge pentru desprinderea capului de coloana cervicală.

d) La o *epocă mai înaintată,* cele două maxilare sunt atât de depărtate unul de altul, că se vede apofisa bazilară a occipitalului; capul abea se mai ține de coloana cervicală.

e) In *faza ultimă,* toate oasele cutiei craniene sunt desgolite, desarticulate și de culoare negricioasă.

II. Toracele

a) In *primele trei luni* nu se notează nici o modificare esențială în forma sau raporturile toracelui.

b) Mai târziu, sternul, care pare ca lipit de coloana vertebrală, se poate ușor desprinde cu mâna; unele coaste încep a se desface depe cartilaje; unele spații intercostale nu mai sunt ocupate decât de o membrană cenușie. La deschidere, interiorul toracelui, deacum gol, e căptușit de o membrană care seamănă cu o hârtie de culoarea cenușie murdară.

c) Într'o *fază și mai înaintată* a putrefacției coastele sunt complect desgolite, abea se țin de stern, care e înfundat, negru și acoperit de mucegaiu. Unele dintre cartilajele sternale sunt desfăcute de stern și coaste, iar acelea cari mai asigură legătura sunt negre, găurite, se rup lesne. Cavitatea toracică e căptușită cu mucegaiu, iar spațiile intercostale sunt goale.

d) Într'o *nouă fază a putrefacției,* sternul e complect desfăcut de cartilajele costale, ale căror resturi se văd în cavitatea toracică și în cea abdominală.

e) In *faza ultimă,* coșul pieptului e distrus: sternul, despărțit în două, ocupă cavitatea toracică; în ce privește coastele, ele sunt deslipite, culcate unele peste altele pe părțile laterale ale cadavrului și acoperite cu o materie neagră, iar interiorul lor e uscat și poros.

III. **Abdomenul**

a) Timp de 2—3 luni nu se notează nici o modificare esențială; abea după aceea, abdomenul se turtește, iar pereții lui tind să se apropie de coloana vertebrală.

b) Mai târziu, pereții abdominali sunt reduși la un strat membranos, subțiat, uscat (numai uneori umed), de culoare închisă și acoperit cu mucegaiu. Massa aceasta membranoasă e lipită de coloana vertebrală și chiar de basin; sub ea a dispărut massa membranoasă a intestinelor.

c) Intr'o fază și mai înaintată a putrefacției, pereții abdominali sunt reduși la câteva resturi tegumentare negre, cari aderă de coaste, pubis și de partea superioară a crestelor iliace. Aceste resturi sunt constituite de peritoniu și de părți din mușchii drepți și oblici.

d) In cele din urmă, nu se mai găsește, pe laturile rachisului, decât o materie neagră, umedă.

IV. **Membrele**

a) In primele săptămâni, nimic deosebit; numai acolo unde brațele sunt lipite de torace și de abdomen, se notează o mucozitate lipicioasă, roșiatică.

b) Mai târziu, pe măsura putrezirii pielei și a mușchilor, se văd pe alocuri numai oasele, cari însă își păstrează raporturile, atâta vreme cât nu sunt distruse ligamentele. Părțile încă acoperite cu carne sunt impregnate de pământ și mucegaiu; învelișul acesta cărnos e constituit din elemente fibroase și aponevrotice. Alte ori părțile moi sunt reduse la un strat subțire și uscat, cenușiu, acoperit cu mucegaiu; pătura aceasta e constituită din două lame: cea superioară e formată din piele, iar cea inferioară din aponevroză.

c) Intr'o fază și mai înaintată a descompunerii, ajunge o mișcare cât de ușoară pentru separarea oaselor membrelor, cari nu mai sunt împreunate decât prin câteva filamente de părți moi.

d) In faza finală, odată cu dispariția oricărei legături, oasele sunt complect desfăcute unele de altele.

B. Modificările exterioare

I. **Pielea.** La început pielea e de culoare gălbuie bătând în roșu, cu răzlețe pete verzui, violacee sau roșietice. E mai umedă pe partea posterioară a trunchiului.

Epiderma se acoperă cu flictene pline de o serozitate sanguinolentă și se desprinde în lambouri. La o epocă mai înaintată, epiderma nedesfăcută devine grăsoasă, lipindu-se de pământ sau de îmbrăcăminte. Mai târziu epiderma dispare cu totul; numai dacă în timpul vieții ea a fost ridicată de serozități, poate rezista putrefacției timp de câteva luni.

Cu timpul pielea (uneori acoperită cu mici granulațiuni constituite din fosfat de calciu) începe să se usuce, se subțiază, capătă o culoare portocalie sau se înegrește. Uscarea progresează până când pielea pare ca tăbăcită. Dacă facem o incizie, notăm o tendință spre saponificare, mai accentuată acolo unde țesutul celular subcutanat e mai gras. In cele din urmă, tot subțiindu-se și uscându-se, pielea dispare.

II. **Unghiile** se moaie, pierd din elasticitatea lor și iau o colorație cenușie. După 20—30 zile dela îngropare se pot smulge cu mare ușurință, iar după ce s'au uscat cad dela sine.

III. **Părul** rezistă putrefacției timp de ani. (Vezi: „*Desgroparea*“, vol. I, pag. 518).

IV. **Ochii**. — După *câteva zile* dela îngropare corneea e turtită și întunecată, iar umoarea vitroasă și cea apoasă devin roșietice. — După *câteva săptămâni* turtirea e atât de mare, că orbitele par goale. — In general, ochii întregi se regăsesc până în *luna a doua; mai târziu*, nu mai dăm decât peste membrane și cristalin, iar *după un nou interval* cavitatea orbitară nu mai conține decât o massă grăsoasă.

V. **Țesutul celular**, uscat și rezistent în partea anterioară a corpului, e infiltrat, moale, puțin rezistent în partea posterioară. Infiltrația e cu atât mai mare cu cât mai abundent e și lichidul din organism (îndeosebi în cazurile de anasarca). Cu timpul, în locurile unde grăsimea e mai bogată, țesutul celular se saponifică, ia o culoare albă-cenușie, devine filamentos; părțile rămase nesaponificate, după ce s'au uscat și înegrit, se distrug.

VI. **Țesutul muscular**. — Mușchii încep să se ramolească, devin verzui sau iau culoarea drojdiei de vin, se'mbibă cu un lichid sero-sanguinolent, se saponifică (la persoanele grase) sau se usucă (la cele slabe, cachetice). Fibrele musculare uscate se distrug și țesutul apare ca o foaie membranoasă cenușie.

VII. **Aponevrozele și tendoanele** conservă un timp destul de lung consistența și luciul lor. Mai târziu, după ce mai întâiu au îngălbenit, se înnegresc.

VIII. **Ligamentele**. — In *primele luni* ale putrefacției, articulațiile sunt menținute de ligamente, cari și-au modificat puțin numai culoarea. Mai târziu, ligamentele — cari nu au puterea de rezistență a tendoanelor — se ramolesc, îngălbenesc și, după un timp destul de lung, se distrug.

IX. **Cartilajele articulare** se conservă vreme îndelungată; mai târziu devin gălbui, se subțiază până dispar, nelăsând pe suprafețele articulare decât un suc grăsos. — **Cartilajele** costale își pierd elasticitatea, devin fragile și apoi dispar.

X. **Țesutul osos** poate rezista sute de ani. (Vezi: „*Desgroparea*", vol. I, pag. 319). — In ce privește *dinții*, e de observat că rezistența lor e micșorată de: diatezele și bolile infecțioase; natura terenului (terenurile devorante), adâncimea gropii.

C. Modificările interioare

In ordinea cronologică a debutului putrefacției notăm:

I. **Stomacul.** — *La început* mucoasa e gălbuie, cenușie sau verzuie, uneori cu mici pete violacee; în apropierea pilorului, se vede o placă albăstrue, de mărime variabilă. *Mai târziu*, sub acțiunea gazelor, mucoasa, pe alocuri ridicată, devine violacee și e acoperită de un strat mai gros de lichid negricios. — La *o epocă și mai înaintată* a putrefacției, mucoasa e cenușie cu numeroase pete albastre; iar organul, din ce în ce mai ramolit, ia forma unui segment cilindric, până se transformă într'o materie neagră, lipicioasă, acoperită de mucegaiu. — In genere după *câteva luni* dela îngropare se mai pot desface cele trei tunici ale stomacului.

II. **Intestinele.** — Mai întâiu cenușii pe ambele fețe și numai câteodată puțin roșietice pe fața exterioară. Mucoasa poate însă avea și zone rozate ori violacee, acolo unde se aflau excremente gălbui. *Mai târziu, canalul* se'ngustează și pereții, tot mai uscați și mai înnegriți, se apropie până se lipesc; intestinele formează o massă aplicată pe coloana vertebrală.

III. **Splina** se ramolește repede, se înnegrește tot mai mult și curând nu i se mai poate distinge structura normală, până se transformă într'un terciu negru ca noroiul care impregnează părțile vecine. In unele cazuri e atât de difluentă, că seamănă cu o massă de sânge descompus și nu se mai recunoaște decât după situația ce ocupă.

IV. **Ficatul** începe prin a se ramoli și înnegri. Membrana sa peritoneală se desprinde foarte ușor. După numai *câteva săptămâni* structura normală a organului nu mai e de recunoscut. — *Mai târziu*, ficatul e redus la o massă turtită (de grosimea unei jumătăți de deget), neagră, uscată, construită din foi între cari se află o materie solidă și brună. Câteodată, în loc de disicare, asistăm la o transformare a organului într'o materie moale, neagră, cu un nucleu gălbui. — *Vesicula biliară*, îngroșată, de culoare măslinie, putrezește mai încet ca ficatul.

V. **Creerul.** — Timp de câteva săptămâni, *encefalul* își poate conserva aspectul și consistența; numai culoarea devine vânătă. După aceea substanța cenușie se ramolește, se contractează, devine verzuie, iar substanța albă capătă o nuanță cenușie. *Mai târziu*, encefalul e transformat într'un terciu de culoarea drojdiei de vin și cu un miros foarte fetid. La o *epocă mai înaintată* a putrefacției, mirosul acesta dispare, substanța cerebrală devine mai consistentă, însă atât de micșorată de volum că nu mai ocupă decât a 10-a sau a 12-a parte din cavitatea craniană. De îndată ce larvele de insecte au pătruns în craniu, creerul e total sau în cea mai mare parte consumat.

Cerebelul și *măduva spinării* suferă aceleași modificări.

Meningele se ramolesc, apoi se subțiază, se usucă, se înnegresc și dispar. — *Dura-mater* e mai rezistentă decât *pia-mater* și *arachnoidea*.

VI. **Pericardul** se colorează mai întâiu în roșu deschis și apoi în roșu închis, se înnegrește, se ramolește până la dispariție.

VII. **Inima.** — La câtva timp dela îngropare inima e ramolită, flască, violacee, foarte rar verzuie; culoarea, se'nchide tot mai mult până devine neagră. Goală sau conținând puțin sânge, parte fluid parte coagulat. Uneori valvulele prezintă pete brune; alteori se văd, pe fața externă a miocardului, niște granulațiuni albe și tari. *Mai târziu*, inima se turtește, se rupe în câteva locuri și seamănă cu o pungă dublă de elastic. *In cele* din urmă nu mai rămâne decât o pată neagră, bituminoasă, care, prin spălare, dispare.

VIII. **Vasele sanguine.** — La *două-trei luni* dela îngropare se găsește, fie în artere, fie în vene, o oarecare cantitate de sânge negru, fluid sau coagulat. In unele cazuri, însă, chiar numai după o lună, vasele sunt complect goale. Uneori, *după 8—9 luni* dăm în vase peste un lichid sanguinolent roșietic. Pereții vaselor se colorează mai întâiu în roz, apoi în roșu, violet-închis și brun. Aceste nuanțe sunt mai pronunțate pe fața interioară; în unele cazuri tunica internă e verzuie.

IX. **Plămânii** își conservă vreme îndelungată aspectul lor natural, dar devin emfizematoși. Structura lor se mai poate distinge după *câteva luni*, când se mai poate încă identifica o eventuală leziune patologică. — *Mai târziu* pierd mult din volum, capătă o culoare verde, se ramolesc, se rup lesne și conțin un lichid bituminos. Intr'o *epocă și mai înaintată* a putrefacției, capătă înfățișarea unor membrane lipite de părțile laterale ale coloanei vertebrale și sfârșesc prin a nu mai constitui decât o massă subțire, compusă din mai multe foi negre și uscate, aplicate pe partea posterioară a cavității toracice. Mai trece puțin timp și dispar și aceste foi.

X. **Țesutul seros.** — *Pleura, peritoniul*, etc. devin mai întâiu cenușii, ramolite, apoi se subțiază uscându-se; mai târziu se înnegresc și se distrug (*Orfila* a putut recunoaște pleura la 14 luni dela îngropare).

XI. **Rinichii** își pierd repede consistența; membrana externă se poate lesne deslipi; basinetele și calicele se mai pot recunoaște în momentul când substanțele corticală și tubulară sunt deacum amestecate. Cu timpul întreg organul se transformă într'un terciu negru, după care dispare.

XII. **Beșica udului.** — In *primele săptămâni*, în cele mai multe cazuri, nu se observă decât un emfizem sub-mucos. *Mai târziu* se retractează, se usucă, se înnegrește, pereții se lipesc și vesica dispare.

XIII. **Cavitatea bucală, limba și faringele.**—Mucoasa gurii, a vălului palatului, a limbii și a faringelui se ramolește și înverzește; nuanța se tot închide până devine aproape neagră. După *câteva luni* nu mai rămâne din *limbă* decât un apendice membranos, foarte subțire și foarte uscat.

XIV. **Esofagul.** — Mucoasa internă e la început verde în partea superioară și roșietică în cea inferioară. Mai târziu, esofagul se înnegrește și se distruge la fel ca stomacul.

XV. **Pancreasul** suferă modificările notate la splină.

XVI. **Diafragma.** — După *6—7 luni* dela îngropare se mai pot recunoaște centrul aponevrotic și fibrele musculare; mai târziu, diafragma se subțiază, se înnegrește, se perforează și se reduce la o membrană brună foarte subțire în care nu se mai poate distinge textura musculară.

XVII. **Organele genitale.** — La *bărbat*, corpii cavernoși dispar repede. Mai târziu penisul se turtește și rămâne ca o simplă piele. Scrotumul se usucă tot mai mult, iar testiculele, din ce în ce mai retractate, se transformă în grăsime. — Cu timpul, în locul scrotumului și al testiculelor nu se mai găsește decât o massă moale, brună, cu răzlețe lambouri membranoase și acoperită cu un suc vâscos, negricios, plin cu larve de insecte.

La *femee*, organele genitale externe, după ce se ramolesc, sfârșesc prin a nu mai forma decât o massă informă, constituită din mai multe foi. Trompele și ovarele dispar: numai uterul și ligamentele largi rezistă mai mult putrefacției.

3. In apă

(Vezi: „Inecul", vol. II)

Am văzut că, în general, descompunerea în apă diferă de putrefacția în aerul liber și în pământ.

a) Pata verzuie apare nu pe abdomen ci la nivelul sternului. Aceasta s'ar datori prezenței saprofiților în plămâni.

b) Aspectul corpului.—Pielea e ridicată de gazele îngrămădite în țesutul celular subcutanat, iar corpul capătă dimensiuni enorme, fața se umflă, ochii iese din orbite, iar buzele se'ntorc.

Transformarea grăsoasă a mușchilor începe la nivelul bărbiei, al obrajilor, al subsuorilor, al vintrelor. Saponificarea e complectă după 4—5 luni.

Incrustarea cu materii minerale începe la partea anterioară a coapselor, în a 4-a lună a șederii în apă.

4. Putrefacția incomplectă sau zădărnicită

A. Adipoceara sau saponificarea

Corpul fiind lipsit de oxigenul aerului exterior, deci și de germeni aerobi — ceeace se întâmplă în terenurile impermeabile și umede precum și în apă — mersul putrefacției e deodată oprit, pe întreg cadavrul sau numai pe o parte a lui. Se stabilește forma adipocerei sau a saponificării, fază care nu se mai modifică decât dacă ulterior se produce un contact cu aerul exterior.

I. Debutul transformării

Transformarea cadavrului în adipoceară — care e uneori în funcțiune și de condițiunile inviduale, indiferent de natura terenului (obezii, alcoolicii, copiii) — se face deobiceiu în primele luni dela moarte, în nici un caz abea după un an (în apă) și 3 ani (în pământ) cum a crezut *Devergie*. Pentrucă dacă în adevăr ar fi nevoie de un interval atât de lung, mersul normal al putrefacției.

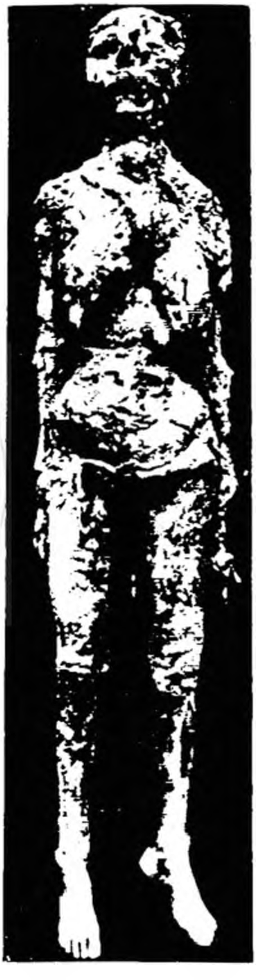


Fig. 206. — Cadavrul, transformat în adipoceară, al unei femei scoasă după trei ani din haznaua unei privăți, în care fusese aruncată după ce a fost omorâtă.

coroborat cu acţiunea faunei cadaverice, n'ar mai lăsa să subziste intreaga materie susceptibilă de saponificare.

II. Natura adipocerei.

Adipoceara — care e un proces de autoliză, datorită fermenţilor celulari — e transformarea muşchilor într'o massă albă (în apă) sau galbenă (în pământ), ceroasă, constituită din acizi graşi dintre cari cei mai mulţi sunt cristalizabili.— Moale, adipoceara se turteşte sub presiunea digitală, iar la căldură se topeşte, degajând un miros asemănător cu acela al brânzeturilor. — Adipoceara tânără e vâscoasă; cea bătrână e tare şi, strivită între degete, se fărâmiţează.

In *saponificarea în apă*, grasul de cadavru e impregnat cu calcarul din sărurile în disoluţiune în lichid.

Adipoceara are un volum şi o greutate mai mare decât aceea a grăsimii ce posedă corpul.

III. Soarta viscerelor

In ce priveşte viscerele, în cadavrul saponificat le găsim sau sub formă de resturi ale putrefacţiei comune, sau sub forma unor grămezi grăsoase (îndeosebi hepatice şi splenice; inima se prezintă uneori ca un bloc ceros).

IV. Soarta cadavrului saponificat

In primul loc trebuie observat că o saponificare ideală, adică una interesând întreg cadavrul, nu se observă mai niciodată; de regulă părţi cadaverice suferă până la faza finală acţiunea putrefacţiei comune.

Cu timpul adipoceara se distruge: în pământ sub acţiunea apei de ploaie; în apă, sub acţiunea curenţilor cari smulg părţi din massa saponificată. In cele din urmă, cadavrul e redus în stare de schelet.

Numai excepţional saponificarea durează foarte mult (cadavrul lui Washington, care a rămas saponificat timp de 40 ani).

B. Mumificarea

Un cadavru repede deshidratat sau un corp la care deshidratarea era deacum pronunţată în viaţă (o persoană excesiv de slăbită) nemai oferind florei microbiane aerobe terenul prielnic de desvoltare, putrefacţia comună va fi zădărnicită chiar dela început sau după un scurt interval dela moarte. De astădată modificările vor avea un caracter diametralmente opus aceluia al saponificării care, am văzut, e produsul şederii cadavrului în apă sau într'un teren umed şi impermeabil la aerul exterior. Vom asista: la un fenomen de *uscare totală* a corpului, dacă acţiunea de deshidratare, fie că datează ori nu din timpul vieţii, e favorizată imediat după moarte; ori la un fenomen de *uscare parţială*, dacă această acţiune, dintr'o împrejurare ori alta, intervine energică la un moment dat al putrefacţiunii microbiane. E ceeace numim mumificarea completă sau incompletă a cadavrului.

I. Aspectul mumiei

Corpul e conservat ca într'o îmbalsamare durabilă; durata poate fi de sute și mii de ani (mumiile egiptiene, cadavrele desgropate din nisipurile arzătoare ale pustiului arab, etc.). Totuș o prea frecventă manipulare brutală a cadavrului sau intervenția unor insecte avide de țesuturi uscate, tăbăcite, poate distruge corpul mumificat.

Deosebirea între mumificare și îmbalsamarea durabilă, astfel cum se practică astăzi, e că pe când în îmbalsamare aspectul corpului e aproape acela din momentul vieții, în mumificare, disecarea pedeoparte reduce volumul cadavrului, iar pe de alta imprimă tegumentelor și viscerelor adânci alterațiuni de consistență și de colorație.

Așa:

Pielea, foarte aderentă de suportul osos, devine uscată, tare ca pergamentul, încrețită, parc'ar fi o piele tăbăcită. Are o coloare foarte închisă, afumată, ruginie.

Mirosul nu mai e cel cadaveric, ci acela pe care îl exală brânza veche.

Viscerele: unele din ele subsistă, însă transformate într'o massă negricioasă, uscată, cu consistența de iască; altele dispar, topindu-se sub acțiunea disicantă a aerului.

II. Agenții mumificării

Mumificarea — fie că se produce dela început, fie că e tardivă și deci numai parțială — condiționând neapărat o deshidratare vertiginoasă, urmează că ea nu va fi posibilă decât atunci când factorii exteriori — temperatura și mediul — și întrucâtva factorii individuali vor constitui o barieră de netrecut pentru desvoltarea și opera florei microbiane. E dar dinainte exclusă putința mumificării într'un mediu care pedeoparte întreține umiditatea corpului, iar pe de alta îngăduie accesul micro-organismelor aerobe și anaerobe (apa și lichidele în general, terenul poros sau cel impermeabil și umed, expunerea la aer la o temperatură joasă sau la una moderată).

Agenții mumificării, în ordinea de frecvență sunt:

a) Aerul foarte cald, foarte uscat.— Reamintim că noi, numai prin expunerea la un soare dogoritor, am izbutit să mumificăm un cadavru (păstrat în Muzeul Institutului Medico-Legal din București).

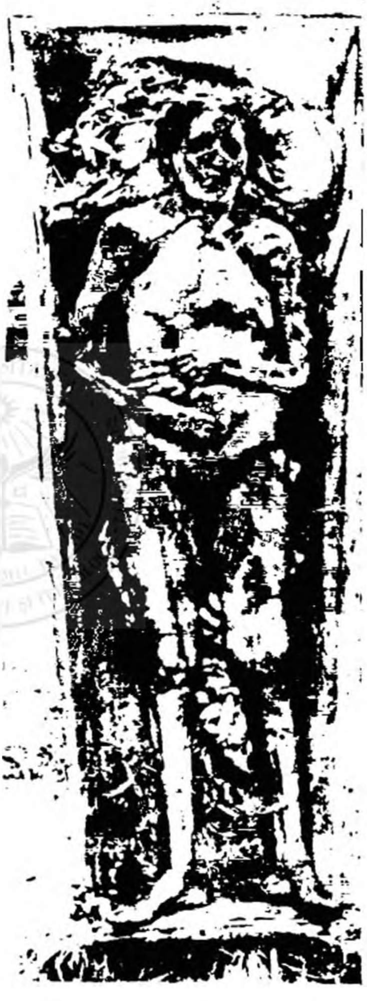


Fig. 207. — Starea de mumificare a unui cadavru desgropat după 3 ani.

b) Nisipul cald al deșerturilor.

c) **Acţiunea neîntreruptă a unui curent de aer uscat**, care provoacă rapida evaporare a lichidelor din organism.

d) **Terenurile avide de umiditate** şi la adăpost de infiltraţiunea apoasă subterană sau superficială: umorile transsudate ale corpului fiind repede absorbite, putrefacţiunea gazoasă nu se mai poate instala.

e) **Cosciugele ermetic închise**, depuse în cripte sau cavouri, pot favoriza mumificarea, dacă din capul locului cadavrul a fost sustras acţiunii de descompunere a aerului umed.

f) **Uterul**: cadavrul aseptic al fătului, mort şi conservat vreme mai îndelungată în cavitatea uterină, se poate deasemenea mumifica. (Vezi: *„Avortul"*, vol. II).

g) **Condiţiunile individuale**. — Deoarece s'a observat mumificarea, totală sau parţială, a unui cadavru depus într'un teren de altfel prielnic putrefacţiunii gazoase, trebue să admitem şi condiţiunile individuale printre factorii mumificării. Aşa, nu e exclus ca impregnarea, din timpul vieţii, a corpului cu substanţe antiseptice (acţiunea cronică a unor anumite toxice în unele îndeletniciri) să explice, dece un cadavru nu e susceptibil de acţiunea florei microbiane.

E admis, deasemenea, că un copil e mai apt ca un adult de a se mumifica; o persoană slabă e mai aptă decât una grasă.

h) **Sexul**. — Să notăm, însfârşit, pentru memorie, că femeea e mai susceptibilă decât bărbatul.

III. Auxiliarii microbilor

Criptogamele şi larvele de insecte, cari se depun pe piele, în orificiile naturale ori în cele provocate de leziunile vitale sau post-mortale, au o însemnată parte de contribuţie la desăvârşirea operei de distrugere a cadavrului. Rolul de căpetenie îl joacă insectele; deaceea ne vom ocupa mai deaproape de fauna cadaverică.

E vorba de aşa zişii viermi cari năpădesc cadavrul şi cari nu sunt altceva decât larvele ieşite din ouăle depuse de diverse specii de diptere şi coleoptere, larve cari, la rândul lor, se transformă în insecte. Înmulţirea, pe calea depunerii ouălor, se face la infinit: ajung câteva insecte ca în scurt timp să se constitue o formidabilă armată de inamici cari, punând stăpânire pe cadavru, îl devorează. Proces atât de sugestiv caracterizat de *Linée*: „Trei muşte consumă un cadavru tot atât de repede ca un leu". Sub vechii Perşi acţiunea aceasta devorantă a larvelor era utilizată ca pedeapsă cu moarte: condamnatul era închis între două albii de mărime egală, nelăsând afară decât capul, mânile şi picioarele; faţa, expusă la soare, era unsă cu miere: muştele, atrase de aceasta, depuneau ouă, iar larvele ieşite din acestea pătrundeau în cărnuri, consumându-le. (Mithridate a murit în chipul acesta; când, după 70 zile de expunere, s'a ridicat albia care servea drept capac, toate părţile moi ale cadavrului era deacum mâncate de infinitatea de larve).

Cadavrul, prin gazele degajate de faza microbiană a putrefacţiei, exercită asupra insectelor atracţiunea care'i va deveni fatală: fiecare specie de diptere îşi alege, după miros, gazul mai prielnic progeniturii respective — selecţiune pe care musca, numai mulţumită extremei acuităţi a simţului ei olfactiv, e în stare s'o facă dela o depărtare de zeci de kilometri.

Cel dintâiu care a întrevăzut utilitatea aplicaţiunii medico-legale a studiului faunei cadaverice a fost *Orfila*. Cercetările lui au fost reluate de *Bergere*:

(1850) care, pe baza diferențierii generațiilor de insecte găsite pe cadavrul neingropat al unui nou-născut (ținut ascuns într'un coș unde, sub influența căldurii și a aerului uscat, se mumificase), a putut determina că moartea data de vre-o doi ani. Dar acela a cărui lucrare constitue contribuția cea mai hotăritoare la fixarea științifică a rolului insectelor ca auxiliari ai putrefacției e *Mégnin*. Grație legilor stabilite de el și intemeiate pe cunoașterea obiceiurilor și fazelor de metamorfoză a insectelor, cu ajutorul entomologiei medicina legală poate astăzi să indice cu aproximație intervalul scurs intre moarte și momentul examenului cadavrului sau a ceeace a mai rămas din el.

1. Fauna cadaverică în aerul liber

Am spus că insectele, din inmulțirea fantastică a cărora se constitue armata distrugătoare a cadavrului, vin atrase de gazul putrid pentru care specia are o deosebită predilecție. Or, cum aceste gaze diferă după stadiile descompunerii microbiane, vom asista nu la un ospăț unic, ci la unul în serie, fiecare echipă fiind constituită după afinitatea gastronomică. Fiecare rând de meseni se inființează, cu o regularitate matematică, exact in momentul când emanațiunea gazoasă servește felul de bucate favorit. Vom avea astfel o succesiune nemodificată de invitați, cari se vor repartiza pe diversele perioade de distrugere a corpului, începând din momentul morții.

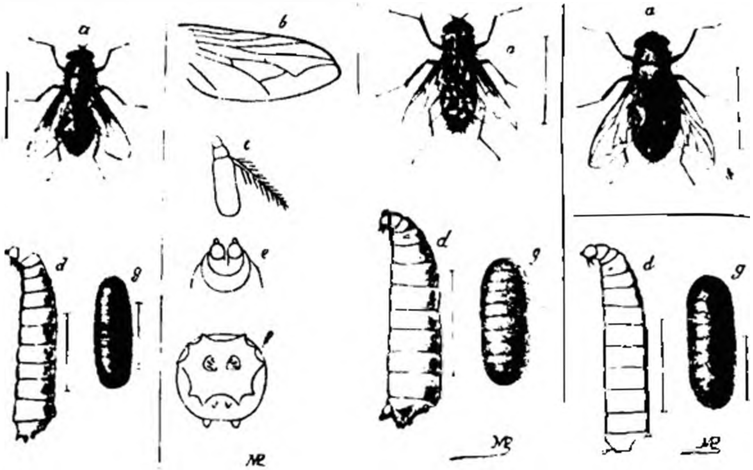
Mégnin a fixat opt echipe de insecte auxiliare ale putrefacției. Dar pe temeiul lucrării lui *Brumat*, *Balthazard* a putut, pe cale experimentală, nu numai să verifice două erori făcute de Mégnin, dar încă să demonstreze o a treia. Aceste greșeli sunt: 1) *musca domestică* nu-și depune niciodată ouăle pe cadavru; 2) *curtonevra stabulans*, care după Mégnin n'ar trăi decât la țară, trăește și la oraș, mai ales în grajduri și în preajma piețelor de desfacere a alimentelor; 3. *curtonevra* și *calliphora* sunt deopotrivă amatoare și de cadavrul proaspăt și de cel intrat deacum în descompunere. Aceste două specii de diptere nu sunt deobiceiu primele cari tabără pe cadavru; *lucilia* și *sarcophaga* par dotate cu un miros cu mult mai subtil și, îndată ce se găsește un cadavru expus la aerul liber, vin să-și depună ouăle pe locurile cari sunt mai prielnice viitoarelor larve. Dimpotrivă, în interiorul caselor, *sacophaga* nu pătrunde niciodată, iar *lucilia* numai când i s'abate; terenul acesta e cu energie acaparat de *calliphora*.

Și astfel *Balthazard* conchide la reducerea la 7 a numărului de echipe, prin contopirea primei echipe mégniene cu cea de a doua.

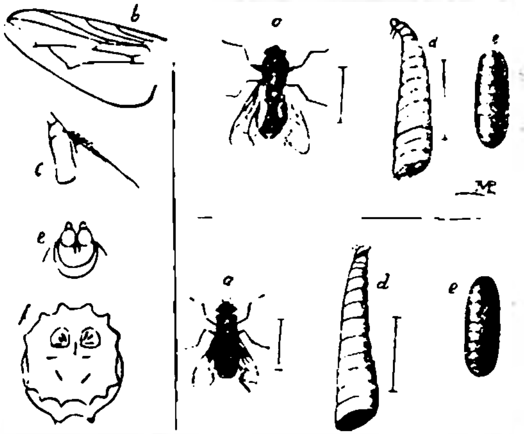
Cele șapte serii sunt astfel constituite:

1. Echipa întâia e aceea în care găsim asociate dipterele din genurile *curtonevra*, *calliphora*, *sarcophaga* și *lucilia*.

Indeosebi acestea își depun ouăle (direct larvele, cum face *sarcophaga carnaria* care e viviparã) pretutindeni unde există pe piele o soluţie de continuitate; în lipsa acesteia, însemânţarea se face în vecinătatea mucoaselor mai gingaşe, pe buze, la orificiile foselor nazale şi, de predilecţie, în unghiul interior al ochilor. Larvele iese din ouă într'un interval de câteva zile; vara, durata aceasta poate fi scurtată la 48 şi chiar la 24 ore. După vreo 10 zile, la o temperatură propice, larva e complect desvoltată, iese la suprafaţa cadavrului unde se imobilizează şi, înconjurându-se cu un înveliş chitinos, se transformă în nimfă. După o incubare, care poate dura dela 6 la 30 zile, insecta desăvârşită iese din pupa ei şi reîncepe însemânţarea cadavrului, atâta vreme cât părţile moi n'au



Echipa I-a a faunei cadaverice — fig. 208, 209, 210, 211, 212 (dela stânga la dreapta): I. Fig. 208, *Lucilia caesar* (a) cu larva (d) şi nimfa (g) — II. Fig. 209. *Lucilia caesar*: o aripă (b), o antenă (c), extremitatea anterioară a larvei (e), extremitatea posterioară a larvei (f). — III. Fig. 210. *Sarcophaga carnaria* cu larva (d) şi nimfa (g). — IV. Fig. 211 (sus) *calliphora vomitoria*. — Fig. 212 (jos) larva (d) şi nimfa (g).



Echipa I-a a faunei cadaverice — fig. 213, 214, 215.— In stânga, fig. 213. *Calliphora*: o aripă (b), o antenă (c), extremitatea anterioară a larvei (e), extremitatea posterioară a larvei (f). — *In dreapta sus*. Fig. 214: *Curtonevra stabulans* cu larva (d) şi nimfa (e). — *In dreapta jos*. Fig. 215: *musca domestica* cu larva (d) şi nimfa (e).

fost transformate în adipoceară sau în substanţă caseoasă, care nu-i prieşte.

Cadavrele, păstrate în camera cu ferestrele deschise, nu sunt însemânţate decât de *calliphora vomitoria* şi de *lucilia caesar*.

Să mai notăm că *lucilia caesar* îşi depune ouăle şi la orificiile rănilor persoanelor cari şi-au pierdut cunoştinţa.

Acţiunea echipei întâia e de regulă terminată după trei luni, numai excepţional, la cadavrele mari, intră şi în al doilea trimestru; niciodată însă, nu înfruntă frigul.

Curtonevra stabulans, a cărei larvă nu prea poate fi deosebită de aceea a muştei domestice, odată adultă seamănă mult cu această dipteră. Diferenţiarea o înlesneşte forma specială a nervurii aripioarei care, spre extremitatea posterioară se bifurcă divergent, pe când la *musca domestica* ramurile bifurcaţiunii convergează.

Calliphora vomitoria e musca mare albastră, depe carne şi care poate avea o talie de 13 mm.

Sarcophaga carnaria e musca mare, cenuşie (14—16 mm.) al cărei semn particular îl formează dungile negre dela piept. Vivipară, sarcophaga depune pe cadavru nu ouă, ci larve lungi de 1,5 mm. şi groase de 0.35 mm.

Lucilia caesar, muscă verde, cu reflexe lucioase şi cu pete albe deoparte şi de alta a frunţii, lungimea ei e de 7—9 mm.

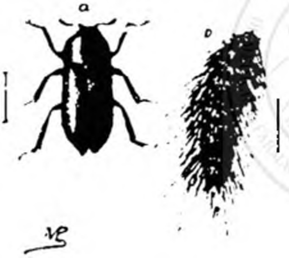


Fig. 216. — *Dermestes frischii* (a) cu larva (b) — echipa II-a a faunei cadaverice.

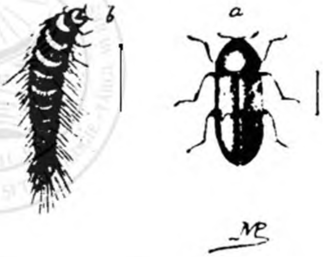


Fig. 217. — *Dermestes lardarius* (a) cu larva (b) — echipa a II-a a faunei cadaverice.

II. Echipa a doua e constituită din coleopterele indeosebi amatoare de materiile grase ale cadavrului în faza fermentaţiei acide: *dermestes* şi *aglossa*.

Dermestes lardarius (a cărui larvă are o lungime de 10 mm., cu inele de un brun roşcat şi garnisite cu peri lungi) e o coleopteră cu talia de 7 mm.; semnul ei particular îl formează trei puncte negre aşezate pe jumătatea anterioară a elitrelor colorate în roşu deschis.

Dermestes Frischii (7 mm.) negru peste tot; *dermestes undulatus* (6 mm) cu pete cenuşii pe elitre.

Aglossa pinguinalis îşi depune ouăle în Iulie. Omida e cilindrică, albă, cu inele umflate, cu trei perechi de picioare anterioare solzoase şi 5 perechi de picioare posterioare membranoase.

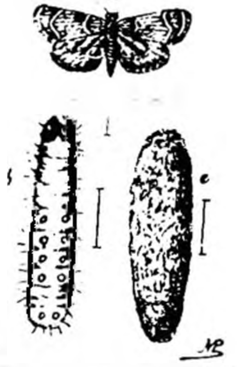


Fig. 218. — *Aglossa pinguinalis* (a) cu larva (b) şi coaja (c) — echipa a II-a a faunei cadaverice.

Echipa a doua îşi isprăveşte opera în 3—4 luni.

III. Echipa a treia e aceea în care intră diptere şi coleoptere îndeosebi amatoare de produsele fermentaţiunii caseoase a albuminoidelor din cadavru: *pyophila* şi *anthomya* (diptere); *corynetes* (coleoptere).

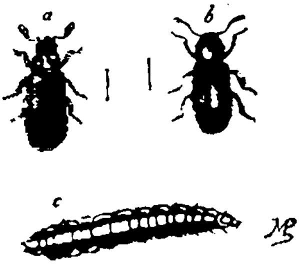


Fig. 219. — a. *Corynetes ruficolis*. b. *corynetes coeruleus*; c. *nimfa* (echipa a III-a a faunei cadaverice).

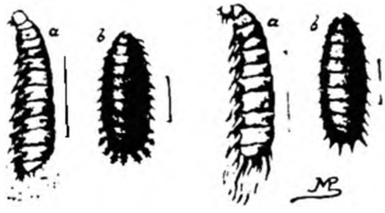


Fig. 220. — *Larve şi nimfe de anthomya* (echipa a III-a a faunei cadaverice).

Pyophila petasionis e o musculiţă cu talia de 4 mm. Larva ei are particularitatea de a se mişca prin salturi.

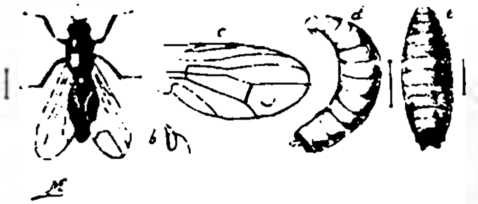


Fig. 221. — a. Pyophila petasionis; *b*. antena; *c*. o aripă; *d*. larva, *e*. nimfa (echipa a III-a a faunei cadaverice).

Anthomya vicina e o dipteră cu corpul mai subţiat ca al muştelor (talia 3 mm.). Larva prezintă prelungiri stiliforme sau ramificate.

Corynetes coeruleus (5 mm.) are coloarea unui albastru bătând în cenuşiu şi lucitor. — *Corynetes ruficolis* are un brâu roşu.

IV. A 4-a echipă e constituită de insectele cari, în al doilea an dela moarte, sunt atrase de emanaţiunile amoniacale ale terciului negricios rezultând din transformarea ţesuturilor cari au rămas cruţate de echipele precedente. Avem a face cu două legiuni: aceea a dipterelor *tyreophora*, *lonchea*, *ophyra* şi *phora* (musculiţe foarte mici, a căror talie nu trece de 3—6 mm.); aceea a coleopterelor din familia sylphidelor *(necrophorus*, *sylpha*, *hister* şi *saprinus)*.

Dintre diptere, ***phora aterrima*** (a cărei talie maximă e de 2 mm.) e cea mai des întâlnită. Larva şi nimfa ei, cu ţepi bonţi, au forma unei prisme triunghiulare.

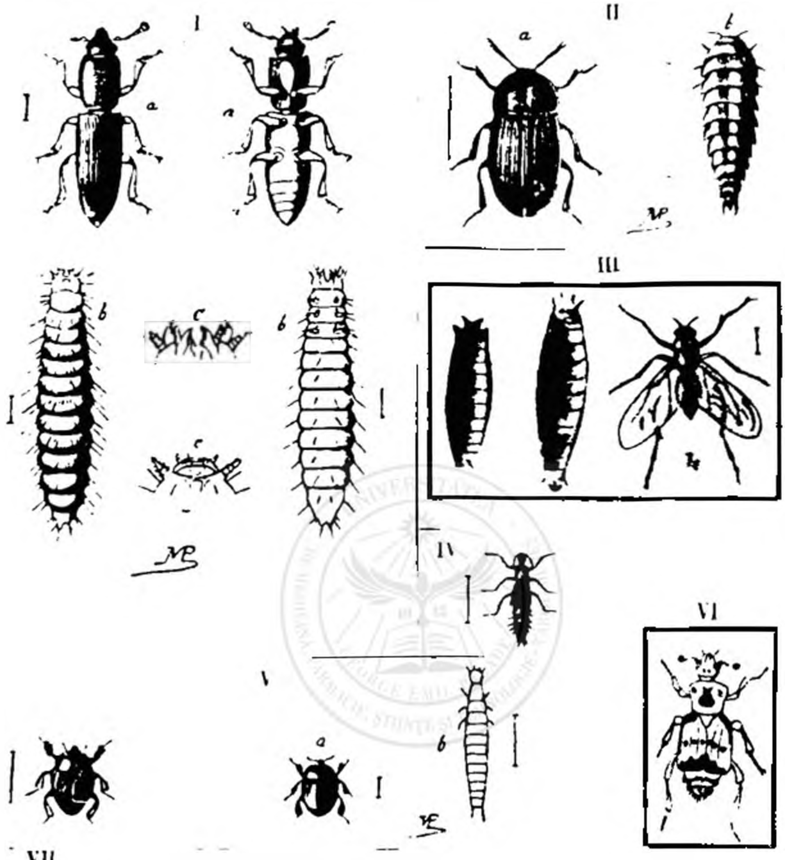
In ce priveşte coleopterele, găsim speciile:

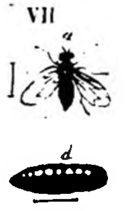
Necrophorus fossor numit astfel pentrucă e amator şi de animale mici sub cadavrele cărora sapă pământul, spre a le îngropa.

Sylpha littoralis (talia 2,5 cm.) neagră peste tot. Larva, neagră şi ea şi cu danteluri laterale, e formată din 12 inele.

Sylpha obscura (talia 1,5 cm.) neagră peste tot. Larva seamănă cu aceea a sylphei precedente.

Hister cadaverinus (talia 6 mm.), de un negru lucitor, are corpul aproape putred. Larva trăeşte câteva luni şi se afundă în pământ unde se transformă în nimfă şi în această stare iernează.





Echipa a IV-a a faunei cadaverice — fig. 222 — 228. Dela stânga la dreapta. I. Fig. 222. *Rizophagus parallelocollis* (a. în stânga, faţa anterioară, a. în dreapta, faţa dorsală; *bb.* faţa anterioară şi cea dorsală a larvei; *cc.* vederea anterioară şi cea dorsală a gurii). — II. Fig. 223. *Sylpha obscura* (a) şi larva ei (b). — III. Fig. 224. *Phora aterrina* cu larva şi nimfa ei. — IV. Fig. 225. *Philontus ebuninus.* — V. Fig. 226. *Hister cadaverinus*; a. *saprinus rotondatus*; b. *larva.* — VI. Fig. 227. *Necrophorus vespillo.* — VII. Fig. 228. *Ophira cadaverina* (a) cu larva ei (*d*).

Saprinus rotundatus nu se deosebeşte de hister cadaverinus decât prin punctele depe elitre şi absenţa dungilor laterale.

Echipele 3 şi 4 sunt active timp de 4—8 luni.

V. A 5-a echipă e aceea a *acarienilor* cari, fără a mai aştepta ca seria precedentă să-şi fi isprăvit masa, pătrund sub piele şi în ţesutul muscular spre a se adăpa lacome din umorile ce au mai rămas, uscând astfel complect cadavrul. Intâiu vin *uropozii* şi *tyroglyphineii* cari acaparează massa umorală şi numai după ce s'au săturat, se'ndură să cedeze *glycephagilor* urmele acesteia.

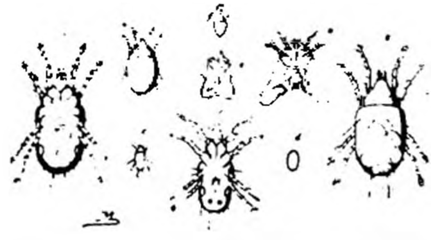


Fig. 229.— Tyroglyphus siro: în stânga şi în dreapta, *femela*; sus în stânga, *nimfa normală*; sus în mijloc: deasupra o *mandibulă*, dedesubt *matul*; sus în dreapta, *nimfa hypopială*; jos (dela stânga la dreapta) *larva*, *bărbatul*, *oul* (Echipa a V-a).

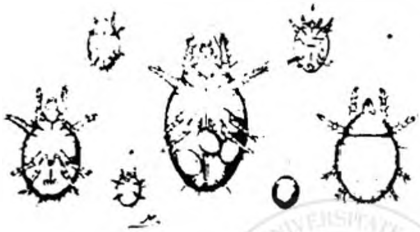


Fig. 230.— Coepophagus echinopus: jos în stânga, *nimfa normală*; sus în dreapta, nimfa hypopială; jos (dela stânga la dreapta): faţa abdominală a bărbatului, larva hexapodă, femela, oul, faţa dorsală a bărbatului (echipa a V-a).

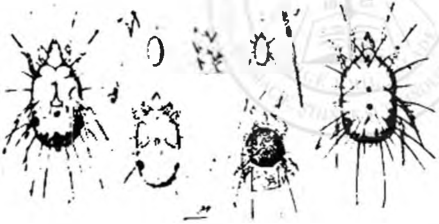


Fig. 231.— Glyciphagus cursor: în stânga şi în dreapta, *femela*; jos în stânga, *bărbatul*; jos în dreapta, kist de conservare; sus, dela stânga la dreapta: *tarse*, *oul*, *stigmate*, *larva*, *peri*, (echipa a V-a).

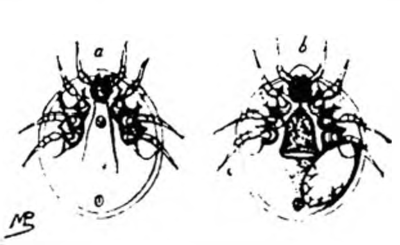


Fig. 232.— Uropoda numularia: a. *bărbatul*; b. *femela* (Echipa a V-a).

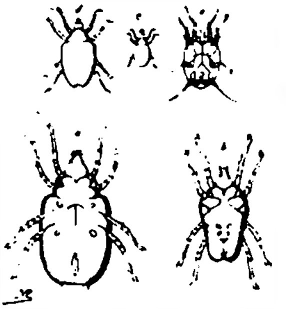


Fig. 233.— Serratur necrophorus: sus (dela stânga la dreapta): *nimfa normală*, *larva hexapodă*, *nimfa hypopială*; jos, în stânga: *femela*, jos în dreapta, *bărbatul*. (Echipa a V-a).

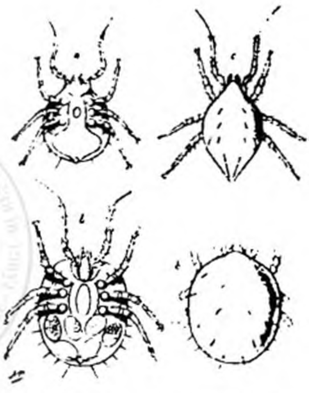


Fig. 234. – Trachynotus cadaverinus.—Sus: *bărbatul*, *nimfa*: jos. *femela* pe faţa anterioară şi pe cea dorsală (Echipa a V-a)

Uropoda nummularia (talia 0,7 mm.); *trachynotus cadaverinus* (talia femelei 1,1 mm.; talia masculului 0,7 mm.); *glycephagus cursor*; *tyroglylus siro*, ale cărui nimfe se agaţă de labele muştelor cari le transportă pe cadavrul în curs de disicare; *histiostoma necrophaga* (0,5 mm.).

VI. Echipa a 6-a e constituită din coleoptere mari amatoare de tendoane, aponevroze, ligamente, peri şi păr şi cari, zorite să se aşeze la masă, nici nu aşteaptă plecarea lui *histiostoma necrophaga* care figurează ca ariergardă a întregii legiuni din seria a 5-a. Prevăzute cu mandibule solide, coleopterele acestea rod ţesuturile obiect al poftei lor. Sunt fluturaşi din genurile *aglossa*, *tineola*, *attagenus* şi *anthrenus*.

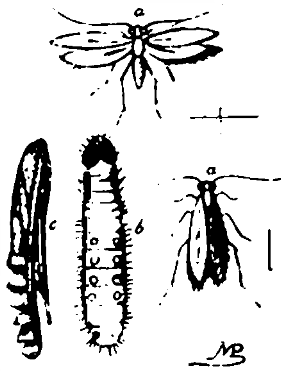


Fig. 235. — *Sus*: Tineola bisselliella. — Jos: omida *(c)*; larva *(b)*, starea perfectă *(a)* — echipa a VI-a a faunei cadaverice.

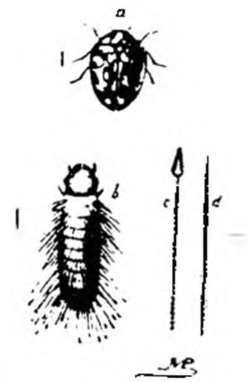


Fig. 236. — *Anthrenus muscarum* *(a)*, larva *(b)*, peri *(c)* şi *(d)* — echipa a VI-a a faunei cadaverice.

Aglossa cuprealis e înrudită cu *aglossa pinguinalis* din echipa a 2-a.

Tineola bisselliella e un fluturaş şi mai mic, a cărui omidă se înfăşoară cu o teacă formată din propriile ei excremente.

Attagenus pellia — distrugători de peri. — *Attagenus muscorum* are corpul rotunjit şi talia de 2,5 mm. Larva e acoperită cu peri lungi galbeni.

VII. Echipa a 7-a, atunci când se instalează, nu mai găseşte, în locul ţesuturilor (afară de oase), decât o pulbere fină, constituită din excrementele coleopterelor din echipa a 6-a şi câteva rare resturi neglijate de aceasta. E constituită din coleoptere din genul *tenebrio obscurus* (15—20 mm.) a cărui larvă seamănă cu aceea a lui *tenebrio molitor* (viermele de făină), şi genul *ptinus bruneus* (talia de 2 mm.) al cărui cap e acoperit de un corselet foarte bombat.

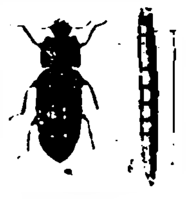


Fig. 237. — *Tenebrio obscurus* (a) cu larva ei (b) — echipa a VII-a a faunei cadaverice.

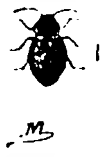


Fig. 238. — *Ptinus bruneus* — echipa a VII-a a faunei cadaverice.

Echipele a 5-a, a 6-a şi a 7-a lucrează timp de 2 ani şi jumătate.

2. Fauna cadaverică sub pământ

In genere, fauna cadavrului îngropat e aproape aceeaş ca şi a cadavrului expus la aer. Abundenţa ei, în tot cazul mai mică decât aceea a faunei aerului liber, depinde de gradul de permeabilitate a terenului şi de starea de conservare a coşciugului. — De observat, însă, că însemânţarea cu larvele de insecte din prima echipă nu e inevitabilă, chiar atunci când moartea s'a întâmplat în timpul verii; aceasta se poate nota la cadavrul care, înainte de inhumare, a fost ţinut în casă, cu ferestrele şi uşile închise, sau că până şi faţa era acoperită, astfel că musca albastră n'a putut să-şi depună oăule. (Pe cadavrul unei femei moarte in Iulie şi desgropat după 14 luni, *Balthazard* n'a putut să dea măcar de urma vreunei diptere din seria I-a).

După trecere de 12—18 luni, când albuminoidele sunt deacum, total sau parţial, transformate în substanţă caseoasă, muşte din echipa a 4-a, atrase de emanaţiunile putride, îşi depun ouăle pe mormânt. Larvele, folosindu-se de canalurile săpate de râme, îşi fac drum în jos până la sicriu şi, prin acesta, până la cadavrul putrefiat. Putem astfel identifica larve, nimfe şi adulţi de diptere ca *ophira cadaverina* şi *phora atterina*, precum şi omizi şi adulţi de coleoptere ca *philolonthus ebeninus* şi *rhizophagus paralleolocollis* (care trăeşte in iarba cimitirelor).

5. Fauna cadavrelor de innecaţi

Succesiunea seriilor entomologice nu începe decât din momentul in care cadavrul, fie prin ridicarea lui la suprafaţă, fie prin scoaterea lui din lichidul de imersiune, a fost pus în contact cu aerul.

Dar, în afară de echipele descrise, cadavrele cari au stat în apă mai pot avea pe ele animalcule din fauna aquatică.

IV. Epoca morţii

Studiul putrefacţiunii, in aplicaţiunile medico-legale, e necesar nu numai pentru deferenţiarea târzie a leziunilor vitale de cele postmortale, pentru identificarea otrăvurilor şi deosebirea lor de alcaloizii cadaverici, cu un cuvânt pentru diagnosticul cauzei morţii; studiul acesta ne înlesneşte şi fixarea cu aproximaţie a epocii morţii la un cadavru în descompunere (putrefacţia gazoasă, saponificarea), macerat sau mumificat, deci la un cadavru expus la aer vreme îndelungată, la unul scos din apă, la unul desgropat ori extras dintr'un cavou. La aceasta ne vor ajuta pedeoparte cunoştinţele despre mersul putrefacţiei gazoase, combinată cu acţiunea faunei cadaverice, iar pe de alta datele cu privire la procesul de saponificare, macerare şi mumificare.

A. Putrefacţia gazoasă

Am văzut că debutul ei diferă după acţiunea factorilor externi şi interni. Am arătat, pentru diversele medii, ordinea de succesiune atât în putrezirea tegumentară cât şi in cea viscerală; ţinem însă să observăm, că această cronologie e mai mult sau mai puţin ideală, pentrucă ajunge ca un singur agent să-şi modifice intervenţia sau să lipsească, pentruca ordinea să fie mai mult sau mai puţin pronunţat răsturnată.

a. Cadavrul în aerul liber

Avem de făcut deosebirea între un cadavru expus în timpul fixat de lege pentru autorizarea înmormântării sau incinerării și un cadavru găsit neîngropat.

Pentru eventualitatea întâia am indicat, la studiul morții în general, cari sunt indiciile de orientare pentru determinarea epocii morții.

Atunci când e vorba de un cadavru părăsit, ne servim, pe deoparte de elementele trase din mersul putrefacției, din examenul bacteriologic și histologic, iar pe de alta de faza destrucțiunii prin cooperarea echipelor din fauna cadaverică.

In teză generală știm, că debutul putrefacției gazoase, al cărei semn caracteristic e pata verzuie, se notează într'un interval de 24—48 ore. Am semnalat și cauzele de precocitate ori de tardivitate.

Pentru semnele exterioare corespunzătoare intervalului de 13—20 zile, ținem să atragem atenția că ele nu sunt absolut caracteristice acestei epoce: în adevăr, starea aceasta de descompunere poate rămâne neschimbată, timp de câteva săptămâni sau chiar luni, astfel că nu putem afirma cu certitudine că un atare cadavru e al unui individ mort de o jumătate de lună sau de 1—4 luni.

Un element important, susceptibil de a modifica aprecierea epocii, il constitue natura terenului (terenurile devorante și terenurile conservatoare).

Atunci când cadavrul e redus la starea de schelet, ne orientăm după greutatea specifică a oaselor care, se știe, scade pedeoparte din cauza distrugerii materiei organice, iar pe de alta din pricina disicării care e în funcțiune de timpul scurs între moarte și descompunerea totală. E aceasta o aplicațiune a experiențelor întreprinse de *Adolphe Carnot* — aplicațiune foarte anevoioasă însă.

Criteriul cel mai bun ni-l oferă notațiunile făcute în ce privește fauna cadaverică. Observăm, însă, că această faună nu e uniformă, deoarece ea diferă nu numai dela țară la țară, dar și dela regiune la regiune, în hotarele aceleiaș țări. Va trebui deci ca, în prealabil, recurgând la nevoie la concursul unui entomolog, expertul să determine cât mai exact fauna dipterică și coleopterică a locului unde a fost găsit cadavrul.

Expertul trebuie să mai știe că, dată fiind complexitatea procesului putrefactiv, surprizele nu sunt excluse: ne izbim de capricii ale putrezirii, de intervenția nebănuită a unor factori cari, prin acțiunea lor, pot paraliza opera de distrugere a echipelor morții și să modifice ordinea lor de succesiune, creând soluțiuni de continuitate în cronologia-tip.

Oricum, fauna cadaverică e cel mai sigur îndreptar, pentrucă ea ne înlesnește să determinăm atât anotimpul cât și vremea aproximativă scursă între moarte și faza putrefactivă din momentul examenului. *(Vezi și vol. I, pag. 417 și 523—525).*

Așa, prezența reprezentanților primei echipe (ouă, larve, gogoși, insecte) e o dovadă indiscutabilă că moartea datează din timpul verii. Dimpotrivă, absența acestor vestigii e un indiciu că moartea s'a produs iarna.

Servindu-ne de concluziunile cercetărilor mai recente ale lui *Guiart*, putem alcătui următorul tablou sinoptic pentru determinarea epocii morții la un cadavru expus la aer:

1. **Moartea datează de cel puțin 1-6 luni,** atunci când pe cadavru notăm prezența următorilor reprezentanți ai faunei cadaverice: *curtonevra stabulans, calliphora vomitoria, lucilia caesar, sarcophaga carnaria.*

2. **Moartea datează de cel puțin 6-9 luni:** *dermestes lardarius, aglossa pinguinalis.*

3. **Moartea datează de cel puțin 10 luni:** *pyophyla petasionis. anthomya vicina, corynetes caeruleus.*

4. **Moartea datează de 1-2 ani:** *tyreophora cynophila, lonchea nigrimana. ophyra cadaverina, phora aterrina. necrophorus fossor, sylpha obscura, hister cadaverinus, saprinus rotundatus.*

5. **Moartea datează de 2-3 ani:** *acarienii* (uropozii, tyroglyphineii și glycephagii).

6. **Moartea datează de 3-4 ani:** *tenebrio obscurus, ptinus brunneus.*

b. Cadavrul îngropat

In genere, pentru determinarea anotimpului, se admite drept criteriu prezența sau absența reprezentanților echipei întâia.

Prezența acestora e un indiciu de moarte într'o atmosferă călduroasă. Nu trebuie să se deducă numai decât că e vorba de anotimpul călduros și aceasta pentru considerațiunea, că *musca albastră poate înoia iarna în camera încălzită și astfel să-și depună ouăle pe cadavru, chiar când afară e ger mare.*

Absența ouălor, larvelor, gogoșilor de diptere sau a dipterelor adulte din echipa întâia nu trebuie neapărat folosită în sprijinul interpretării că moartea s'a produs iarna. Aceasta, pentrucă, după cum am relevat și la studiul seriilor din fauna cadaverică, nu e exclus ca, în momentul morții, întâmplată *vara*, să se fi luat precauțiuni pentru ferirea cadavrului de pângărirea muștelor.

Tabloul sinoptic nu prea diferă de acela al cadavrului expus la aer.

Pentru perioada de cel puțin un an. *Guiat* dă următoarele date:

1. **Moartea datează de cel puțin 3-4 luni:** prezența pe cadavru a gogoșilor de *curtoneora, calliphora, lucilia, sacophaga.*

2. **Moartea datează de cel puțin un an:** *rhizophagus parallelocolis, ophyra cadanerina. phora aterrina.*

c. Cadavrul a stat în apă

Aspectul lui — deci și criteriile de apreciere a epocii morții — diferă după cum cadavrul e examinat în chiar momentul scoaterii lui din apă sau mai târziu; după cum cadavrul, în momentul când a fost scos. plutea la suprafață. ori se mai găsea între două ape sau chiar la fund. Pentrucă, după cum am arătat, cadavrul plutitor se descompune sub acțiunea aerului și a razelor solare. iar cadavrul scos și pus în contact cu aerul se descompune mult mai repede: în atare caz putrefacția face progresele pe cari le-am fi putut nota dacă am fi scos cadavrul abea după 6—8 zile.

In ce privește determinarea epocii, ne referim la cele expuse la studiul morții prin înnecare (vol. II), unde, în afară de mersul macerării. arătăm și fazele putrefacțiunii gazoase și debutul procesului de saponificare. Aci ne vom mărgini să rezumăm, după observațiunile făcute de *Devergie,* indicațiunile capabile de a constitui o orientare pentru aprecierea epocii. după forma putrefactivă:

1. **Inceputul putrefacției verzi** — fața ușor bugedă. cu pete roșii, pata verzuie care ocupă mijlocul sternului: a 3-a zi *vara;* 12—15 zile *iarna.*

2. **Putrefacția cafenie** — fața de un roșu bătând în cafeniu: o pată de aceeaș culoare. înconjurată de o nuanță verzuie, pe partea anterioară a pieptului: 10—12 zile *vara;* 30 zile *iarna.* — Atunci când fața. tumefiată, are o nuanță cafenie mai închisă, iar părul începe să cadă. putem atribui putrefacției o durată aproape dublă: 15—20 zile *vara;* 60 zile *iarna.*

3. **Inceputul saponificării** — colorația în roșu a țesutului celular subcutanat al gâtului; saponificarea parțială a obrajilor și a bărbiei, saponificarea superficială a mamelelor. a vintrelor și a părții superioare a coapselor: 25 zile *vara;* 75 zile *iarna.*

4. **Faza destrucțiunii parțiale a tegumentelor** — distrugerea unei părți din pielea capului. a pielei depe frunte. pleoape. nas, buze. clavicule. stern: saponificarea feței. a părții superioare a gâtului și a vintrelor: coroziunea și distrugerea pielei pe diverse părți ale corpului: dispariția epidermei dela mâni și picioare. căderea unghiilor: 30—35 zile *vara;* 100 zile *iarna.*

5. **Faza accentuării saponificării** — saponificarea aproape totală a feţei, a gâtului, a vintrelor şi a părţii anterioare a coapselor; inceputul saponificării părţii anterioare a creerului; inceputul incrustaţiunii calcare pe coapse (transformarea săpunului amoniacal în săpun calcar); distrugerea celei mai mari părţi a pielei capului: 40—45 zile *vara*, 4 luni—4 luni şi jumătate *iarna*.

6. **Saponificarea totală**, după un timp variabil în funcţiune de temperatura apei şi de condiţiunile individuale.

7. **Distrugerea articulaţiunilor**: în faza finală a descompunerii in apă, care se face în jumătatea timpului necesar pentru putrezirea totală în pământ.

Primăvara şi toamna durata necesară pentru fiecare din fazele putrefacţiunii e ceva mai mare decât vara. Dar nici indicaţiunile pentru putrezirea în timpul verii şi al iernii nu sunt fixe, pentrucă durata depinde în primul loc de gradul de temperatură a mediului.

d. Alte criterii pentru determinarea începutului putrefacţiei gazoase

1. **Examenul histologic.** — I. Degenerescenţa granuloasă a celulelor ficatului şi a rinichilor, la 24 ore dela moarte.

II. Incetarea activităţii leucocitelor după maximum 11 ore dela moarte —*Bellusi*, 1928.

2. **Examenul histo-chimic** permite să se cunoască diversele faze ale putrefacţiei în organele examinate. Acest examen poate evidenţia: migraţiunea grăsoasă post-mortală, steatosa post-mortală, saponificarea grăsimilor preexistente, hidrolisa sau autoliza substanţelor albuminoase. Acizii graşi rezultând din saponificare apar, in putrefacţia în pământ, înaintea acizilor cari îşi au originea în albumină (*N. Minovici, Kernbach, Cotuţiu* — 1930).

B. Saponificarea, macerarea, mumificarea

Pentru **saponificare**, vezi indicaţiunile dela studiul acestei forme a putrefacţiei şi punctele 6 şi 7 dela putrefacţia cadavrului in apă.

Pentru **maceraţiune** vezi cele expuse la „Pruncucidere" şi „Innec".

In ce priveşte **mumificarea**, nu se poate determina epoca morţii, atunci când cadavrul e deacum complect uscat. In cazul însă că mumificarea e numai în mers, această epocă se fixează, cu o mai mare sau mai mică probabilitate, după gradul de disicare şi după faza putrefacţiei gazoase, dacă aceasta a preexistat procesului ulterior al mumificării.

CAP. III

MOARTEA SUSPECTĂ: NATURALĂ ORI VIOLENTĂ?

E o diferenţiare ce expertul — indiferent de alura morţii (lentă, rapidă, fulgerătoare) şi indiferent de faptul dacă decesul s'a produs în plină sănătate aparentă sau în cursul unei boli acute ori cronice — e chemat s'o facă în trei conjuncturi:

1. Leziunea e hotărît mortală, *dar nu e exclusă posibilitatea ca ea să se fi produs în chip spontan, să fie congenitală sau să apară ca o complicaţiune a leziunii sau a bolii iniţiale.*

2. Leziunea putea fi mortală, *fără însă a fi de natură a pricinui neapărat moartea.* Expertul cercetează, *dacă o stare patologică preexistentă n'a grăbit moartea sau chiar a provocat-o, independent de faptul medical incriminat.*

3. *Nu există nici o leziune aparentă în legătură cu faptul medical* care constitue punctul de plecare al acţiunii judiciare. In cazul acesta expertul are sarcina: *fie de a demonstra posibilitatea unei corelaţiuni, aşa disproporţionată cum se prezintă ea, între efect şi cauză; fie de a evidenţia că moartea are drept cauză unică o stare patologică pronunţată sau latentă şi brusc deslănţuită cu desnodământ fulgerător.*

Diferenţiarea aceasta, de o însemnătate capitală, se poate face: *a)* numai prin simplul examen macroscopic; *b)* prin examenul macroscopic complectat de cel histologic şi bacteriologic; *c)* prin aceste două examene asociate cu analiza chimică; *d)* prin examenul histologic şi cel bacteriologic, singure sau asociate cu analiza chimică (atunci când expertului nu i se pun la dispoziţie decât organe izolate sau chiar numai fragmente organice).

Inainte de a procede la examen, expertul cântăreşte valoarea elementelor de informaţiune anamnezică, inclusiv datele observaţiunii clinice, pentrucă adesea poate găsi în ele nu numai o orientare, dar şi indicaţiuni preţioase cari îi uşurează sarcina.

A. Traumatismul e neîndoios, dar leziunea e spontană sau congenitală

Referindu-ne la expunerea făcută atât la examenul somatic general şi la cel psihic, cât şi la localizarea leziunilor şi afecţiunilor în marile segmente ale corpului, ne vom mărgini aci să mai dăm câteva exemple edificatoare:

I. Ruptura spontană a inimii fără nici o legătură cu traumatismul. — Pe baza observaţiunilor făcute, *Locke* (1927) conchide că o atare leziune e îndeosebi frecventă la indivizii cari au trecut de 60 ani, ca o complicaţie a unei infecţiuni cronice a arterelor coronare: o tromboză a acestor vase provoacă o ocluziune subită şi complectă a lor, ceeace are de urmare un infarct al cordului cu o ruptură pornind dela centrul infarctului.

II. Tromboze post-operatorii, cu sediul de predilecţie la vasele gambelor şi ale basinului fără a putea fi imputate medicului. — Explicaţia se găseşte în predispoziţia individului, după constituţie, vârstă, sex şi leziunea care a necesitat intervenţia chirurgicală: 1. persoanele corpolente cu mare adipozitate şi cu picioarele groase, cu inima îngrăşată şi cu turburări circulatorii; 2. indivizii între 50 şi 80 ani; 3. predispoziţia femeilor: 4. infecţiunile locale şi prezenţa de tumori în zona acestor procese preexistente (30% din cazuri-*Schultz*, 1929) 5 preexistenţa unei endocardite murale lente (*Torres*, 1929).

III. Insuficienţa valvulară. — *Babeş* a demonstrat că o *anomalie congenitală*, cum ar fi, de exemplu, absenţa uneia din cele 3 valve ale tricuspidei, poate cauza moartea, prin insuficienţa valvulară, deşi până la pubertate individul a putut suporta această insuficienţă.

IV Hemoragia tardivă: Intervenţie chirurgicală pentru extragerea unui os din esofag. După 6 zile, o subită urcare a temperaturii urmată de o hemoragie (300 cc. sânge) şi moarte. *Autopsia:* inima şi toate vasele mari intacte. — *Diagnosticul:* inima, consecutiv unei infiltraţiuni mediastinale, a încetat de a funcţiona şi astfel s'a produs o acumulare venoasă care a provocat plesnirea unei vene mai mici (*Jacques-Grimaud* — 1928).

V. Compresiunea şi hemoragia cerebrală consecutive unor anomalii vasculare în cavitatea craniană — demonstraţia lui *Babeş*.

B. Traumatismul e neîndoios, dar moartea a fost grăbită sau nemijlocit provocată de o stare patologică preexistentă

O atare eventualitate se poate explica prin:

I. Infecţiunea rănii poate fi datorită unui focar purulent preexistent în corp şi care s'a propagat prin vehicularea limfatică şi sanguină

II. Tetanosul. — Dacă între trism (primul lui semn) şi momentul producerii rănii au trecut mai puţin de 2 zile (limită inferioară minimă pentru incubare), atunci moartea nu e de atribuit complicaţiunii leziunii.

III. Atrezia congenitală a esofagului, îndeosebi la nouii-născuţi, e incompatibilă cu viaţa. Moartea se poate produce tardiv, în interval de câteva zile (moartea unui copil după 12 zile dela naştere — *Ziemke*).

IV. Ascaridoza. — Autopsia unei fete de 10 ani: adeziuni peritoneale, peritonită purulentă, perforaţiuni intestinale, prezenţa a 315 ascarizi de diverse mărimi în intestin. Perforaţiunile intestinale datorite ascarizilor (*Doralle*, 1928).

V Hemoptizie mortală datorită sifilisului. — *Autopsia:* procese sifilitice întinse şi cicatrizate ale muşchilor şi ţesutului interstiţial din partea stângă a gâtului, cu modificări caracteristice ale arterelor mici şi ale venelor; o ocluziune veche a venei jugulare, eroziunea carotidei în punctul ei de bifurcare, un hematom plesnit în părţile moi din vecinătate. Hemoragie în esofag (*Loewenthal*, 1928).

VI. Hemoragia cerebrală la persoane mai tinere (30—50 ani, *Marburg*, 1928). Cauza lor: o leziune toxică sau infecţioasă a vaselor, grefată pe o slăbire congenitală a pereţilor vasculari.

C. Absenţa oricărei leziuni direct consecutive traumatismului

Faptul medical al morţii se poate explica prin:

I. **Moartea prin inhibiţie**, pe care o vom studia separat mai pe larg.

II. **Preexistenţa unui proces de paralizie cerebrală.** — Cercetări făcute arată că se poate identifica paralizia cerebrală şi în putrefacţia avansată, chiar dacă moartea datează de 1—2 ani. Dovada o fac depozitele pigmentare perivasculare a căror identificare se face prin reacţiunea ferică (*Schrader*, 1929).

III. **Degenerarea fibroidă a capilarelor cerebrale** notată în numeroase observaţii, la indivizi de 58—78 ani (*Prevôt*, 1929), deşi macroscopiceşte creerul apare normal. Pereţii vaselor se îngroaşă regulat ori neregulat, lumenul se strâmtează sau e chiar complect obliterat.

IV. **Embolia pulmonară complicaţiune a sarcinei.** — *Bungell* (1927) a notat 4 cazuri mortale de embolie pulmonară în primele luni ale sarcinei.

V. **Edem pulmonar acut consecutiv dilataţiei şi îngrăşării inimii şi stenozei mitrale:** Fată de 16 ani. La 11 seara se culcă sănătoasă. După o oră, o soră a ei, care dormea în aceeaş cameră, e trezită de un horcăit. Moare după două ore, în intervalul cărora medicul constată: cianoză, răcirea trupului, scurgerea unui lichid edematios pe gură şi nas (*Posel*, 1927).

VI. **Gripă supra-acută:** Un medic de 30 ani moare subit în somn, fără nici un simptom premergător. *Autopsia:* edem pulmonar bilateral. E posibil ca la isbucnirea acestei gripe extrem de toxice să fi contribuit de departe o leziune pulmonară căpătată în războiu, o pneumonie cu un an anterioară morţii şi, poate, o cardiopatie constituţională (*Bernard*, 1929).

I. Examenul macroscopic

Atunci când caracterul mortal al rănii e evident, cum ar fi, de exemplu, o rănire cu arma de foc, o strivire, o mutilare, o leziune interesând un organ a cărui funcţiune e indispensabilă vieţii, examenul macroscopic e suficient pentru demonstrarea corelaţiunii între traumatism şi moarte.

II. Examenul histologic şi bacteriologic

Singură leziunea nu e suficientă spre a evidenţia corelaţiunea căutată: cheia de deslegare a problemei ne-o dă atunci examenul histologic şi bacteriologic.

Fără a voi să scădem meritele cercetătorilor streini (Baumgarten, Beck, Canon, Petruschky, Wurtz, Hermann, Lesage, Malgaigne, Morfan, Gillbert, Bouchard, Chwosteck, Egger, Achard, Phulpin, etc.), trebuie să relevăm îndeosebi strălucita contribuţie a lui *Babeş* la soluţionarea chestiunilor medico-legale. Graţie scăpărărilor geniale ale nemuritorului şef al şcoalei bacteriologice româneşti, lumina se face în morţile suspecte în cari examenul macroscopic şi chiar analiza chimică rămân neputincioase. Pentrucă nu numai în bolile specifice şi în piemie, dar şi în septicemie fără focare limitate se poate evidenția, pe cadavrul bine conservat, cauza microbiană a morții.

Atunci, însă, când cadavrul e putrefiat, dovada o căutăm in constatări de domeniul histologiei patologice. Examenul histologic, complectat cu cel bacteriologic, permite uneori, chiar dacă putrefacția a distrus o bună parte din țesuturi, nu numai să se diferențieze o leziune vitală de un proces de descompunere post-mortală, *dar chiar să se demonstreze preexistența unei infecțiuni congenitale sau dobândite, fără nici o legătură cu cauza incriminată.*

Atari demonstrațiuni au fost făcute de *Babeș* pentru infecțiunile hemoragice (cari simulează moartea violentă prin asfixia mecanică) — infecțiuni cari își pot avea originea sau în sifilisul ereditar, sau în boli contractate după naștere (pătrunderea unui microb hemoragic prin plaga ombilicală a copilului), sau în intoxicațiile alimentare.

Indeosebi în ce privește intoxicațiile alimentare, e de observat că tabloul lor clinic e asemănător cu acela al holerei și al tifosului De aceea examenul bacteriologic permite identificarea bacililor din cele patru forme ale intoxicației: bacillus B. paratyphicus, bacillus enteriditis, bacillus botulinus, bacillus proteus vulgaris (din grupa protozoarelor).

O altă infecțiune generală, capabilă, prin rapiditatea fenomenelor clinice, de a simula o asfixie și o intoxicație, e infecțiunea cărbunoasă (forma apoplectică a cărbunelui). — 1. Un bărbat de 30 ani. Imediat după masă se îmbolnăvește, cu vărsături și dureri stomacale, și moare. *Autopsia:* echimoze întinse pe corp, o congestie a meningelor, laringelui și plămânilor; echimoze în regiunea pilorului; plăci hemoragice pe intestinul subțire. Bacilul cărbunelui a fost identificat în sânge, în vasele ficatului și ale splinei. — 2. Un bărbat de 37 ani la 40 ore dela apariția simptomelor unei apoplexii cerebrale, moare. *Autopsia:* in afară de pete cadaverice de culoare închisă, o congestie a conjunctivei, echimoze intense și pete hemoragice recente în zona posterioară a pericraniului. Identificarea bacilului cărbunelui în sânge și în mucoasa stomacală. — 3. O femee tânără moare subit. Leziunile apărute: câteva echimoze pe față, cap și pleură, o congestiune pulmonară. *Examenul bacteriologic:* identificarea bacilului cărbunelui — 4. Moartea rapidă cu fenomene cerebrale apoplectice și un flegmon difuz hemoragic la mână. *Examenul microscopic al creerului:* bacili cărbunoși diseminați în spațiul limfatic și în vasele dilatate.

Examenul bacteriologic se face asupra sângelui (prelevat din inimă, dintr'o venă periferică) și asupra sucului splenic sau glandular.

Rezultatul lui are o valoare diagnosticală certă, atunci când putem identifica un microorganism specific infecției capabile de a determina moartea.

Dar concluzia e condiționată de următoarele restricțiuni:

1. Rezultatul să concorde cu datele examenului bacteriologic al sângelui și al sucurilor din țesuturi, făcut în timpul bolii. Aceasta, pentrucă în viață, în stare normală sau in bolile cronice, se găsesc în unele organe (plămânii, intestinele) bacterii cari, fără a avea vreun raport cu infecțiunea cauză a morții, pătrund în sânge și

în țesuturi, unde sunt găsite și după moarte. Apoi sunt și invaziuni microbiene post-mortale.

2. Trebuie ținut seama de: durata agoniei, starea de cachexie sau nu a țesuturilor înainte de moarte, starea de digestie sau de vacuitate a tubului digestiv. Cu cât agonia a fost mai lungă, cu atât mai mare e invaziunea microbiană din organism; totodată, însă, în agonia lentă, îndată după moarte, microbii dispar în cea mai mare parte *(Chvostek)*.

In ce privește demonstrarea existenței sau absenței unui raport de cauzalitate între infecțiune și faptul medical incriminat, concluziile examenului bacteriologic sunt întemeiate pe intervalul de incubare.

I. **Meningita.** — Agenții ei patogeni se caută în puroiu, sânge, în lichidul lombar, în mucusul nazal și faringean. Examenul bacteriologic face dovada, dacă bacteriile găsite în puroiul meningelor sunt identice cu acele din focarul primar de supurare.

II. **Septicemia:** se examinează sângele și puroiul unui focar local.

III. **Pneumonia.** — Pneumococul și pneumobacilul se caută în sânge, în sucul pulmonar și splenic, în spută.

IV. **Tuberculoza.** — Bacilul se caută în spută, puroiu, în lichidul lombar, în granulațiunea tuberculoasă, în fecale și în urină. (Bacilul e foarte rezistent putrefacției: la 4 luni după desgropare, *Palmieri*, grație metodei colorante a lui *Bozzelli*, a putut să identifice în plămân agentul patogen).

V. **Intoxicațiile alimentare:** se examinează conținutul intestinal și sângele.

VI. **Difteria.** — Bacilul se caută în secrețiunile peretelui posterior al faringelui, în mucoasa laringelui, în secrețiunea care acoperă amigdalele și în membranele eliminate prin tuse.

VII. **Gonoreea** (vezi: vol. I pag. 591—594 și „Atentatul la pudoare", vol. II).

VIII. **Sifilisul:** se caută în secrețiunea organelor îmbolnăvite, în sânge (circa 10 cc.) pentru reacțiunea Wassermann.

IX. **Șancrul moale.** — Bacilul se caută în sucul țesutului din adâncimea umflăturii.

X. **Tifosul.** — Bacilul se caută în sânge, fecale, urină; în ganglionii limfatici și în splină.

XI. **Holera asiatică.** — Se examinează fecalele, eventual conținutul intestinului subțire; îndeosebi flocoanele de mucus.

III. Analiza chimică

Vezi: *„Technica expertizei"*, vol. I, pag. 415—416; *Foaea de examen metodic* (vol. I, pag. 634—671); *Studiul general al intoxicațiunilor* (vol. II).

CAP. IV

MOARTEA SUBITĂ

E o moarte ca oricare alta şi singurele ei elemente de caracterizare sunt pedeoparte alura rapidă sau chiar fulgerătoare, pe de alta surpriza. Dinainte cunoscută ori nu, demonstrată ori nu prin examenul necropsic, *cauza există* şi ea rezidă neapărat în suprimarea năprasnică a uneia din cele trei funcţiuni esenţiale ale vieţii (respiraţia, circulaţia sanguină, inervarea).

Cauza aceasta sau e preexistentă sau se iveşte brusc, deslănţuind procesul de disoluţiune a vieţii — nemijlocit ori într'un interval mai mult ori mai puţin scurt (câteva secunde, câteva minute, câteva ore, după cum e şi starea constituţională a individului).

Preexistentă, cauza poate fi *lentă* şi *evidentă*, ori *latentă* — în ambele cazuri cronică sau acută. In plus, un nou element cauzal, indiferent de însemnătatea lui intrinsecă, grăbeşte momentul catastrofei care, în orice caz, trebuia să se producă mai curând ca la un individ cu sănătatea nesdruncinată.

Fortuită, cauza e *inhibiţia centrală* (oprirea respiraţiei) ori *periferică* (oprirea inimii, paralizia tunicilor vasculare).

A. **Predispoziţia.** — In ambele forme există şi o stare de *predispoziţie particulară* de ordin *neuro-endocrino-umoral*, — chestiune cu o rară competinţă şi o convingătoare argumentare tratată în raportul întocmit de *Héger-Gilbert*, *Laignel-Lavastine* şi *De Laet* şi desbătut la Congresul de medicină legală ţinut la Paris în Iunie 1929.

Această predispoziţie, — la a cărei caracterizare aduce o luminoasă contribuţie şi *Duvoir* („Mécanisme de la mort subite", 1929) — poate fi:

a) Constituţională: vagotonia obicinuită; diminuarea rezervei alcaline.

b) Fiziologică: perioada digestivă a zilei, cu modificările ei neuro-vegetative şi umorale.

c) Patologică: copiii limfatico-thimici.

d. Accidentală: inhibiţiunea respiratorie la indivizii decalcifiaţi; sincopa adrenalino-cloroformică.

B. **Susceptibilitatea** la moartea subită mai e în funcţiune şi de alte elemente: *vârsta, sexul, felul alimentaţiei, anotimpul.*

a) Vârsta. — In teză generală moartea subită îşi recrutează victimele de predilecţie la cele două extremităţi ale curbei vieţii: copiii şi bătrânii. Dar asta nu înseamnă că tinerii şi adulţii în puterea vârstei sunt imuni (*Cristeaux* publică o statistică de 154 observaţiuni de soldaţi, deci oameni găsiţi perfect sănătoşi în momentul recrutării, loviţi de moartea subită în timpul serviciului sub arme). — Procentul cel mai mare l-ar da vârsta de 60—70 ani şi aceea dela naştere la 15 ani; cel mai mic e al vârstei de 20—40 ani.

b) Sexul: femeea e mai puţin expusă ca bărbatul: procentul acestuia din urmă e de 65—75% din cazuri.

c) Ereditatea: cazuri rare.

d) Felul alimentaţiei: excesul de alimente azotate; excesul alcoolic.

e) Anotimpul: frigul, brusca schimbare a temperaturii şi a presiunii atmosferice, gradul higrometric al aerului (la persoanele cu nervii vasculari îndeosebi excitabili).

Procentul maxim de morţi subite îl dau lunile Noembrie şi Ianuarie; cel minim, lunile Septembrie, Octombrie şi Decembrie.

C. **Cauzele secundare,** cari găsesc în starea morbidă preexistentă sau în predispoziţie un teren prielnic pentru precipitarea scenei finale, pot fi:

1. *Un mare efort fizic* — plesnirea arterelor bolnave.

2. *Surmenarea circulaţiei:* coitul la bătrâni — rupturi arteriale; scremutul defecaţiei la cardiaci — rupturi vasculare; beţia — congestia pulmonară, hemoragiile meningee.

3. *Turburările cauzate de menstruaţie.*

4. *Repleţiunea stomacului cu chim.*

5. *Durerile mari provocate de colici hepatice şi colici nefrolitiasice* la cardiaci.

6. *Provocarea reflexului lui Hering* prin excitaţia electrică a nervului ori prin tracţiunea mecanică a carotidei.

7. *Intervenţiunile medicale:* anestezia cloroformică, spălăturile pleurei, cystoscopia, esofagoscopia, etc.; orice explorare chirurgicală; accidentele terapeutice ale injecţiunilor intravenoase, îndeosebi acele ale cristaloizilor, cari provoacă şocul.

8. *Şocul prin iritaţiunea psichică de origine emotivă* (spaimă, bucurie escesivă, supărare prea mare) care provoacă congestiunea sau anemiarea creerului.

9. *O baie prea ferbinte ori prea rece.*

10. *Un curent electric* de o tensiune cât de neinsemnată.

11. *O insolaţie* cât de uşoară.

D. **Definiţia.** — In lumina celor expuse până aci ne va fi foarte lesne să dăm o definiţie cât mai apropriată acestui fel de moarte:

Inainte de toate **naturală**, *demonstrată sau cel puţin prezumată ca atare, deci fără intervenţia contemporană a unui traumatism (fizic ori psichic) verificabil, moartea subită e încetarea* **neaşteptată** *a vieţii, precedată ori nu de semne premonitorii de scurtă durată, indiferent dacă individul era în stare de perfectă sănătate* **aparentă**, *sau cu leziuni şi afecţiuni organice cronice ori acute, evidente ori latente şi ignorate, dar* **cari nu comportau o brutală suprimare a funcţiunilor vitale esenţiale.**

Această definiţie ne ajută să diferenţiem o moarte subită caracterizată de ceeace numim *pseudo-moartea subită*, consecutivă unui traumatism verificabil, deşi urmele acestuia sunt sau abea perceptibile sau chiar nu sunt deloc aparente (şocul inhibitoriu), ori consecutivă unei intoxicaţii supra-acute.

E. **Fenomenele morbide**, ce eventual se pot nota în moartea subită, sunt uneori: 1) *vărsături* cari pot avea ca origine o leziune cerebrală; 2) *convulsiunile* — manifestarea unei iritaţii cerebrale; 3) *leşinul, pierderea cunoştinţei*, coma; 4) *dilatarea pupilară* — simptomul ruperii unui anevrism al arterei bazilare, cu hemoragie intermeningee; 5) *durerile abdominale* cari traduc uneori ocluziunea intestinală; 6) *cefaleele, vertijul* — hemoragia intermeningee

I. CAUZA PREEXISTENTĂ

E demonstrată prin prezenţa unor leziuni anatomice sau a unor malformaţiuni congenitale ori dobândite şi notate la autopsie. Şi moartea, grăbită de noua cauză, pipăibilă ori nu, nu e decât rezultanta procesului de desagregare ce, lent dar neîntrerupt, s'a desăvârşit in organism, care trăeşte sub tirania dependenţei interorganice: slăbirea funcţională a unui organ are de urmare surmenarea altuia care'i sare in ajutor; la rândul său, acesta din urmă se uzează şi abuzează de concursul unui al treilea: treptat funcţiunile organice, în totalitatea sau numai în majoritatea lor, sunt interesate şi astfel isbucneşte paralizia funcţională sau desechilibrul vital.

A. Leziunile evidente ale unei singure sau ale mai multor afecţiuni cronice sau acute asociate

Indicăm leziunile mai frecvent notate la diversele organe, în morţile subite.

1. Meningele

I. Hiperemia şi edemul pici-mater şi al arachnoidei.

II. Meningitele acute pot evolua aproape complect în stare latentă (observaţiile lui *Ollivier, Tardieu, Vibert*).

a) *Meningita supurată*, consecutivă unui vechiu traumatism, cauzează moartea subită într'un interval de 5—24 ore, cu sau fără simptome premonitorii (moarte subită după 20 zile dela o irido-cyclită traumatică fără gravitate — *Villard*).

b) *Meningita nesupurată*: moartea subită înainte de desvoltarea procesului inflamatoriu.

c) *Meningita tuberculoasă* e adesea, in intervalul agonic de câteva ore, precedată de delir şi convulsiuni.

d) *Meningita cerebro-spinală* se poate desvolta latent.

e) *Meningita sifilitică*.

III. Ingroşările meningelor, localizate la lobii frontali, pot indica paralizia progresivă.

IV. Hemoragiile intermeningee sunt obicinuit consecutive ruperii spontane a anevrismelor arterelor bazale.

Mărimea anevrismului, care e sau saciform sau pedunculat, e variabilă: gămălie de ac, grăunte de muştar, bob de mazăre, alună, cireaşă. *Szekely* (1928) a făcut 157 observaţiuni: frecvenţa, după vârstă şi sex — bărbaţi de 50–60 ani, femei de 60—70 ani, numai 4 cazuri până la 20 ani; patogenia, în ordinea frecvenţei, e arterio-scleroza (îndeosebi la bătrâni), hipertrofia cordului, atrofia rinichilor, sifilisul. — Hemoragiile intermeningee se localizează la pendunculul creerului şi sunt mai atenuate pe suprafeţele laterale ale acestuia. Hemoragiile intermeningee consecutive pustulei maligne, sau acoperă întreg creerul sau se localizează în concavităţile emisferelor cerebrale.

a) *Pachimeningita hemoragică a durei-mater* poate persista ani de zile fără să se traducă prin vreun simptom oarecare (cefalee, compresiune cerebrală). La *autopsie*: un cheag roşietic, gros, pe faţa inferioară a membranei. La bătrâni, alcoolici, alienaţi. (Moartea subită a unui alcoolic, de 67 ani; la autopsie: pachimeningită — *Minovici* 1926).

b) *Hemoragia supra-dure-meriană* consecutivă rupturii arterei meningee mijlocii.

c) *Hemoragia subarachnoideană*: ruptura anevrismului unuia din arterele bazei. La sifilitici.

2. Encefalul

I. Comprimarea creerului prin sudura timpurie a oaselor craniului, ceeace are de efect o strâmtare a cavităţii.

II. Hiperemia şi edemul creerului e manifestarea unei auto-intoxicaţii de origine intestinală, îndeosebi la copii şi adolescenţi.

III. Congestiunea activă ori cea pasivă (cazul unui individ care, în plină digestiune, s'a îmbăiat în apă rece).

Congestiunea apoplectiformă manifestaţie a sifilisului cerebral.

IV. Anemia cerebrală poate fi consecutivă unei simple treceri brusce dela poziţia orizontală la cea verticală a corpului, ceeace facilitează comoţia şi agravează efectele acesteia *(Paulescu)*.

a) *Anemia consecutivă unei dureri brusce şi violente.*

b) *Anemia cerebrală consecutivă unei puternice emoţii.*

V. Encefalita. — a) *Encefalita acută convulsivă* ca manifestaţie tardivă a unui vechiu traumatism, prin reacţiunea unui focar de infecţie latentă (3 cazuri de apariţie la 6 luni dela traumatism — *Pierre Marie*; un caz la 15 luni dela traumatism — *Jumentié-Sentis*). Debutul e brusc şi moartea se produce în câteva ore.

b) *Encefalita fără origine traumatică îndepărtată* e produsul unei intoxicaţii endogene, al surmenajului intelectual.

VI. Emboliile şi trombosele arterelor cerebrale. — *Trombozele sinusale*, urmate de ramolire hemoragică, frecvente îndeosebi la copii; excepţionale sunt cazurile de ramolire trombosică în regiunea punţii.

VII. Hemoragiile subit mortale sunt desnodământul unor alteraţiuni arteriale: anevrismele miliare; periarterita cu infiltraţie sub-endarterică a celulelor rotunde şi degenerescenţa tunicilor arteriolelor; arterita sifilitică, periarterita sclero-gomoasă; hipoplazia arterelor cerebrale; atheromul în plăci, gliomul (la tineri), eclampsia gravidelor; hemofilia (la tineri).

Sediul lor: ventriculele, nucleii cenuşii centrali, protuberanţa, bulbul, cerebelul.

Etiologia: vârsta mai înaintată, sifilisul, accesul de mânie, emoţia covârşitoare, infiltraţia hemoragiilor meningee

Fulgerătoare in apoplexia consecutivă inundaţiei ventriculare, îndeosebi in ventriculul al 4-lea, hemoragiile encefalice cauzează de regulă moartea într'un interval de 1—12 ore.

VIII. Abcesele cerebrale. — La autopsie se notează uneori un abces de mărimea unui ou de porumbiel sau chiar a unui ou de găină, şi cu toate acestea evoluţia lui latentă a rămas ignorată. Aceasta pentrucă infecţia unei plăgi care se face prin propagaţiunea limfatică sau venoasă, provoacă foarte des o supuraţie cerebrală tardivă, care abia atunci se manifestă prin simptome morbide. (O observaţie de infecţiune latentă: la câţiva ani dela rănirea cu arma de foc, s'a extras, din părţile profunde ale creerului, proectilul cu microbi ce au putut fi cultivaţi — *Villard*).

Moartea se produce fulgerător sau într'un interval de câteva ore dela apariţia simptomelor.

Abcesele cerebrale pot avea ca origine: a) *o plagă,* mai însemnată sau anodină, a pielei capului; b) *vecinătatea unui focar septic* (osteita, osteo-mielita craniană; supuraţia urechei şi a mastoidei); c) *metastaza otitică* in lobul frontal sau în cel occipital; embolia septică, bronşita fetidă, bronchiectasia, tuberculoza.

IX. Tumorile cerebrale, întocmai ca abcesele, pot evolua latent şi atunci, fulgerător sau in câteva ore (cefalee, vărsături, turburări oculare), să deslănţue moartea. La autopsie se găsesc localizate in creerul mare, în cerebel (bulb, zona ponto-cerebeloasă), în meninge.

a) *Gliomul* (cu sau fără hemoragie recentă), *tuberculii solitari, gomele,* prin compresiunea cerebrală şi prin turbarea circulaţiei, provoacă edemul cerebral mortal.

b) *Hidatita; vesiculele cisticerce* (în ventriculele 3 şi 4).

c) *Hidrocefalul cronic intern* notat în sinostoza prematură a suturei craniene la tineri.

X. Bolile nervoase şi mintale. — a) *Epilepsia.* Moartea, care se produce aproape exclusiv în cursul unui mare atac convulsiv, e datorită unei rupturi a vaselor encefalice, a inimii, a aortei; unor complicaţiuni cerebrale (congestie, hemoragie); unei hemoragii subcutanate, viscerale şi subseroase; unui edem pulmonar; asfixiei pasive prin constricţiunea muşchilor glotei (noaptea, in somn, in presiunea feţei in pernă; înnec în bae; refluxul conţinutului stomacal in faringe şi in căile respiratorii). — Diferenţiarea de o moarte violentă: Moartea subită in epilepsie putând simula o moarte violentă (asfixie mecanică), mai ales când se notează leziunile externe, elementele de diferenţiare le constitue: caracterul agonic sau post-mortal al leziunilor externe accidentale; muşcătura sau muşcăturile limbii; scleroza, unilaterală sau bilaterală, a hipocampului corpului calos; îngustarea şi întărirea hipocampului; echimozele punctate ale gâtului, umerilor, conjunctivelor; echimozele subpleurale şi sub-pericardice; spuma tracheo-bronchică; uneori leucocitoza.

b) *Histeria* e numai excepţional cauză de moarte subită. O atare origine nu poate fi admisă decât numai pe temeiul unui amănunţit examen anatomopatologic, îndeosebi acela al creerului şi al sistemului nervos al funcţiunilor vegetative (respiraţia, deglutiţia, circulaţia sanguină, asimilarea, eliminarea; reproducerea). Moartea histerică e rezultanta cooperării a doi factori: o turburare profundă preexistentă a funcţiunilor vegetative, un şoc ocazional.

c) *Paralizia progresivă* dă un procent de 5% de moarte subită. Moartea e consecutivă hemoragiilor punctiforme ale nucleilor nervoşi bulbari şi ale pneumogastricului colapsului datorit unei hemoragii in capsulele supra-renale (*Costéodat,* 1929).

3. Căile aeriene

Moartea subită își are originea în șocul laringean, prezența de corpi streini o compresiune exercitată pe trachee, un edem al glotei.

I. Edemul glotei în: angina Ludovici; amigdalita purulentă; nefrita; defectul cardiac necompensat.

II. Difteria faringelui și difteria primară a laringelui

III. Strâmtarea, obturarea intrării laringelui prin: bolul alimentar care provoacă șocul laringean; compresiunea tracheei ramolite pe inelele cartilaginoase; compresiunea exercitată de o tumoare (epiteliom al bazei limbei kist pedunculat, dermoid): abcesele peri-laringee.

IV. Aspirarea conținutului stomacal in laringe. — Să nu se uite însă, că prezența acestui conținut poate fi și un fenomen post-mortal: gazele putrefacției împing materiile din stomac spre faringe, de unde trec, spontan sau în timpul transportului cadavrului, în trachee și laringe.

V. Prezența de ascari lumbricoizi in bronchii. (Observație făcută la Institutul Medico-Legal din București: Fată de 14 ani. Noaptea e apucată de un acces de sufocare și după câteva minute moare. *Autopsia:* un ascari lung de 11 cm., călare la bifurcația bronchiilor; infarctus, edem pulmonar).

VI. Ocluziunea laringelui prin ascari. (Fetiță de 8 ani și jumătate. Subit apnee și moarte. *Autopsia:* în laringe, 2 ascari mari încolăciți, obstruând complect laringele. Alți 3 ascari au fost găsiți: unul în stomac și doi în intestinul subțire — *Dixey*, 1929).

4. Pleurele

I. Pleurezia, nu numai că poate fi suportată zile in șir fără suferință, fără întreruperea îndeletnicirii, dar poate fi și ignorată de individ, deoarece revărsarea se face puțin câte puțin și nu se manifestă decât printr'o ușoară îngreuiare a repirației. *La autopsie* se notează unul din următoarele fenomene morbide: deplasarea inimii, embolie, congestia cu nuclee apoplectice pe plămânul sănătos, miocardită.

a) *Pleurezia acută abundentă supurată ori nu:* moartea e de regulă consecutivă unui efort, unei mișcări brușce.

b) *Pleurezia vechie, cu simfiza pleurală mai mult sau mai puțin complectă:* moartea e datorită șocului neuro-endrocrino-umoral, — șoc favorizat prin faptul că, in acea zi, individul se găsește în una din pomenitele stări fiziologice sau accidentale predispozante. Așa: o simplă explorare a cavității pleurale, thoracenteza provoacă moartea.

II. Aderențele pleurale de peretele pectoral, mai ales cele bilaterale, sunt o cauză de moarte subită prin stingherirea activității funcționale a plămânilor și turburarea circulației. Și mai justificată e moartea subită, atunci când, la autopsie, se găsește și aderența pericardului de miocard. Atunci când aderența pleurală e unilaterală, aceasta e mai frecventă la stânga (80% din notațiunile necropsice

III. Transudatele, exudatele mai mari, serul în cavitatea pleurală sunt frecvent o cauză a morții subite.

5. Plămânii

I Hemoragia pulmonară, consecutivă ruperii arterei pulmonare, deschisă in peretele cavernei, în prima perioadă a tuberculozei.

II. Congestia pulmonară idiopatică e o excepție (in cazurile de insolație); in marea majoritate a cazurilor e asociată fie cu edemul pulmonar, fie cu o leziune tuberculoasă, cardiacă sau renală (notațiuni obicinuite făcute la autopsia morților subite in congestia pulmonară).

III Emfizemul pulmonar rar e idiopatic; la autopsie se găsește, deobiceiu, fie o bronșită cronică, fie o hipertrofie a ventriculului drept al inimii.

IV Edemul pulmonar mortal nu e idiopatic (izolat e numai edemul pur agonic), ci concomitent fie cu o aortită cronică, fie cu o nefrită scleroasă fie cu leziuni hepatice (la alcoolici), fie insfârșit cu o leziune a centrilor nervoși.

Moartea, precedată de dispnee progresivă, de tuse quintoasă, raluri pulmonare și de o expectorație spumoasă, aerată, albuminoasă, se produce intr'un interval dela câteva minute la câteva ore. La autopsie: în edemul fulgerător: gura, tracheea, laringele, bronchiile sunt pline cu spumă, iar plămânii, pe secțiune, exudează o serozitate in care nu există nici sânge nici bule de aer; în edemul acut sau subacut congestiv (dela 20 ani în sus), spuma e sanguinolentă, iar exodatul din secțiunea plămânului e și el o serozitate sanguinolentă, îndeosebi pe secțiunile dela nivelul bazelor („submersiunea internă a lui *Renault*").

Edemul infecțios generat fie direct de agentul infecțios, fie indirect, prin mijlocirea sistemului nervos. (Un student în medicină, atins de o gripă foarte ușoară, care nu-l stinghereşte să-și facă serviciul de stagiar, mănâncă seara și se culcă. A doua zi diminea{a e găsit mort, rece și rigid. *Autopsia:* edem pulmonar nu prea pronunțat și o ușoară hipertrofie a splinei; moartea consecutivă unei septi-neurite cu localizare nervoasă viscerală, interesând mai ales inima — *Duvoir*, 1929).

V. Gangrena pulmonară consecutivă fie unei vechi contuzii toracice (fără plagă ori fractură), fie apendicitei purulente.

VI. Catarul sufocant, care provoacă moartea prin acumularea de mucus lichid și spumos în căile aeriene, e consecutiv sau frigului exterior sau înghițirii unei băuturi prea reci, sau însfârșit acțiuni unui gaz deleter degajat de haznalele latrinelor (La Institutul Medico-Legal din București s'a autopsiat o serie de cadavre de curățitori de latrine morți succesiv în aceeaș hazna).

VII. Pneumonia, chiar cea supurată, poate avea o evoluție latentă, în deosebi la bătrâni, la alcoolici, alienați și la gravide. Pneumonia ignorată poate uneori ajunge până în stadiul hepatizării cenușii, cu propagațiune la endocard și la meningele creerului. La adulți, numai excepțional pneumoniile lobulară și lobară au la bază o bronșită și moartea e datorită toxinelor produse de micrococul catarral.

VIII. Embolia pulmonară provoacă moartea subită într'un timp foarte scurt, în câteva minute sau într'o oră sau două. Femeea e mai expusă ca bărbatul; frecvența mai mare se notează în lunile cu clima inconstantă. Semnul premonitoriu e urcarea inegală a temperaturii, fără însă să se noteze o modificare a pulsului și a respirației.

Patogenia emboliei arterei pulmonare:

a) *Flebitele varicoase*; *flebitele profunde* cu o vechie origine traumatică.

b) *Flebitele puerperale.*

c) *Flebitele discrasice* ale gutoșilor, chloroticilor, canceroșilor.

d) *Flebitele focarelor purulente* (sinusite, flegmoni).

e) *Emboliile post-operatorii*, in medie în a 11-a zi dela intervenția chirurgicală (*Farr*, 1929) și cu frecvența mai mare la vârsta de 55—65 ani, indeosebi după: apendectomie, ablațiunea prostatei, consolidări de fracturi osoase, histerectomie (fibrom, kist al ovarului, neoplasm malign al organelor pelviene), după intervențiunea la rect, căile biliare, după curele obliterante ale varicelor.

f) *Tromboza ventriculului drept al inimii.* La *autopsie:* in artera pulmonară ori in ramificațiunile ei, un embolus cilindric, uscat, aspru, friabil, striat pe secțiune, înfipt ca o țintă: el se adaptează perfect de trombusul venos dela care s'a desprins. — Se diferențiază de embolusul agonic sau post-mortal, prin aceea că acesta din urmă e roșu, moale, elastic.

IX. Pneumotoraxul unilateral atunci când există sinechia celuilalt plămân.

X. Abcesul pulmonar metastazic are ca origine sau o embolie sau o supurație a focarelor de bronchopneumonie.

XI. Tumorile plămânului. — a) *Cancerul plămânului* caracterizat prin accese de sufocație și o expectorație de o colorație particulară.

b) *Kistul hidatic.* — In multe cazuri, din cauza absenței dispneei, poate fi cu totul ignorat. Singurele fenomene morbide nedefinite sunt turburările inflamatorii ale bronchiilor sau plămânilor. Moartea subită e cauzată de ruptura spontană a kistului care 'și golește conținutul fie în bronchii, fie în pleură, sau în ambele simultan.

XII. Tuberculoza pulmonară poate fi cauză de moarte subită în:

a) *Ruptura unui anevrism al lui Rasmussen, urmată de o hemoptizie fulgerătoare.*

b) *Embolia pulmonară, consecutivă unei flebite.*

c) *Tromboza arterei sau a venelor pulmonare.*

d) *Vomic* — concentrațiunea purulentă cărată de vărsături — care înăbușe bolnavul.

e) *Sincopă* consecutivă unei acțiuni reflexe, anemiei bulbare, degenerescenței grăsoase a miocardului, sensibilității nervului laringean superior, unei leziuni a capsulelor supra-renale fără sindrom addisonian.

6. Inima

Moartea subită, care se produce prin oprirea inimii, e precedată ori nu de o complicațiune pulmonară. In 50—75 % din cazuri, leziunea sau afecțiunea cardiacă e asociată cu o leziune renală.

Paralizia inimii are drept cauză: fibrilațiunea ventriculară, fibrilațiunea auriculară (care se manifestă în viață prin aritmia perpetuă a pulsului), încetarea sistolelor fără fibrilațiune, oprirea impulsiunii sistolice în sinus (în administrarea quinidinei) sau la nivelul fasciculului lui *His* (crize epileptiforme).

Ruptura spontană are ca origine leziuni locale ori repercursiunea unei leziuni interesând un alt organ sau repercursiunea unei afecțiuni generale.

Dacă moartea a fost sincopală, ventriculul stâng e dilatat și plin cu sânge; în moartea asfixică ventriculul acesta e gol, iar cel drept e dilatat și umplut cu sânge.

Tipurile de moarte subită prin inimă:

I. Simfiza cardiacă, mai ales când, dacă nu e totală, interesează cel puțin o mare parte din suprafața inimii.

II. Simfiza pericardică e întotdeauna latentă și e asociată cu leziuni cronice cardio-vasculare.

III. Pericardita sero-fibrinoasă poate avea o evoluție latentă de câteva zile.

IV. Tamponarea pericardului prin hemopericard (Un caz de perforare a ventriculului — *Marenholtz,* 1927).

V. Miocardita cronică provoacă de regulă insuficiența progresivă a circulațiunii sau, în unele cazuri, o paralizie bruscă a mușchiului — „inima forțată". Moartea sau e fulgerătoare (sincopă) sau se produce în interval de câteva ore (dispnee, lipotimie).

VI. Inima acoperită cu grăsime.

VII. Degenerescența grăsoasă sau ceroasă, cu focare recente de miomalacie, e numai rare ori o cauză a morții subite. (Dintre cazurile mai recente semnalăm două inregistrate la Institutul Medico-Legal din București: unul in 1928 și altul in 1929, la doi alcoolici).

VIII. **Leziunile interstițiale ale miocardului.**

IX. **Insuficiența valvulară.**

X. **Hipertrofia și atrofia inimii.**

XI. **Gome pe miocard.**

XII. **Kistul hidatic** (La un băiat de 17 ani un kist hidatic al ventriculului stâng — *Minovici*).

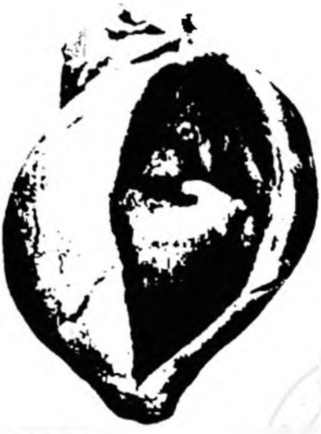


Fig. 239. — Un kist hidatic al ventriculului stâng al inimii, notat la autopsia unui băiat de 17 ani (moarte subită).

XIII. **Corpi streini în cavitatea inimii.**

XIV. **Leziuni asociate**: miocardită, scleroză și tromboză coronară (*Le Count Rukstinat*, 1929): sifilisul aortei, insuficiența valvulară, aritmia absolută, embolia grăsoasă în ventriculul stâng, cari toate au colaborat la provocarea fibrilațiunii ventriculare terminale (*Weber*, 1927); hipertrofia inimii, modificări ale mitralei, dilatația aortei, în plus tuberculoza pulmonară și o tumoare a splinei (*Wachholtz*, 1929); hipertrofia inimii și scleroza coronară (*Jaffe*, 1928).

XIV. **Diminuarea cantității de sânge readus la inimă** (în șocul anafilactic).

XV. **Ruptura sponană a inimii**, mai frecventă la bărbat decât la femee, e consecutivă unei emoții puternice, unui efort, digestiei. Unică de regulă, ruptura are ca sediu de predilecție fața anterioară a ventriculului stâng. Desăvârșită, dintr'odată sau intr'un interval dela câteva minute până la câteva ore, ruptura cauzează o moarte fulgerătoare sau una rapidă. Această din urmă formă e precedată de dureri anginoase, dispnee, sincopă.

Ruptura spontană are ca origine:

a) *O septicemie gangrenoasă* (*Sorel*, 1927).

b) *Scleroza miocardului*.

c) *Focare de necroză și de ramolire în miocard* (generată de scleroza coronară sau de infarcți vindecați).

d) *Ruptura septului interventricular* (cu moartea subită la 12 zile după accidentul primitiv — *Racso*, 1930).

e) *Hemopericardul* care, precum am arătat, provoacă perforarea ventriculului stâng, in miomalacia recentă.

f) *Anevrismul ventricular* (doi bătrâni — unul de 76 și celalt de 77 ani — *Kernbach* și *Colufiu*, 1929).

g) *Degenerarea grăsoasă a miocardului cu infiltrații gomoase difuze* (*Thomas-Tattersall*, 1927).

h) *Arterio-scleroza, arterita cronică.*

i) *Diabetul mellitus* (Buckley, 1928).

7. Arterele

Moartea subită e consecutivă fie unor modificări morbide, congenitale sau dobândite ale acestor vase, fie rupturii lor.

Modificările sunt: arterio-scleroza (de origine sifilitică la indivizii mai tineri), endarterita cronică deformantă.

Rupturile — anevrismale ori nu — se notează în endarterita cronică, sau chiar la vasele cari nu prezintă decât o simplă placă ateromatoasă. In arterele cu strâmtarea congenitală a lumenului, la cele cu pereţii subţiaţi şi transparenţi.

Neanevrismală, ruptura interesează, în marea majoritate a cazurilor, numai aorta, arterele centrilor nervoşi, excepţional artera abdominală.

Anevrismală, ruptura mortală interesează iarăşi mai numai aorta şi are drept cauză ocazională un şoc emotiv, coitul, un efort. Unele anevrisme se deschid în afară, altele în interior (în bronchii, în pleură, în canalul medular).

E de observat: deşi putând ajunge la o mărime considerabilă, punga anevrismală rămâne adesea ignorată în tot timpul evoluţiei ei. (Statistica lui *Key Aeberg* pentru 63 rupturi de anevrisme: 7 cât o alună, 6 cât un ou de porumbiel, 6 cât un ou de găină, 16 mărimea unei portocale, 10 mărimea pumnului, 18 cât un cap de copil).

Se notează uneori curiozitatea, că un anevrism mare nu se rupe, iar unul de volum cu totul neînsemnat plesneşte.

I. Aorta. — Moartea subită în:

a) *Stenosa aortică* e, în imensa majoritate a cazurilor, congenitală. Circonferinţa vasului, după *Vierodot*, oscilând între 2,8 cm. şi 7,2 cm., nu e rar ca indivizi cu o circonferinţă aortică de numai 3 cm. să trăiască până la adânci bătrâneţe. Stenoza — care poate fi un produs al unei boli — e în funcţiune nu numai de circonferinţă, ci şi de gradul de elasticitate anormală şi de extensiunea în lungime a vasului. (1. Moartea subită a unui băiat de 18 ani, la autopsia căruia s'a notat o ruptură a aortei ascendente stenozate, consecutivă febrei tifoide — *Minovici*. — 2. Un caz de stenoză a istmului aortic în urma rupturii unui anevrism cerebral — *Weber*, 1927).

b) *Insuficienţa aortică* are drept cauză originară o bruscă pareză a inimii hipertrofiate, consecutivă unui efort sau unui şoc emotiv, sau unei rupturi a valvulelor.

c) *Rupturile* se notează cel mai frecvent pe aorta descendentă. Statistica lui *Peacock* pentru 35 observaţii: 24 rupturi la aorta descendentă, 2 la originea trunchiului brachio-cefalic, 5 la crosă, 2 la aorta ascendentă, 1 la aorta abdominală şi 1 la bifurcaţia aortei).

Moartea poate fi: 1. *fulgerătoare*, în ruptura bruscă şi completă sau într'o ruptură iniţială urmată de o stabilizare temporară (3—4 zile) după care ruptura se produce din nou, dar de astă dată complect; 2. *rapidă*, în câteva ore. — Moartea cu intervalul de remisiune se produce astfel în doi timpi: întâiu ruptura tunicii interne (care se exteriorizează printr'o durere violentă cu prăbuşirea individului), apoi ruptura tunicii medii şi a celei externe (după trecerea celor 3—4 zile).

Atunci când se produce la crosă sau pe segmentul toracic, ruptura aortică provoacă un hemotorax; revărsarea se poate localiza chiar în plămân, dacă anevrismul e fixat în acesta.

Ruptura aortică are drept cauză: *arterio-scleroza; o placă ateromatoasă; o erodare* (pornind dela esofag, prin fixarea unui corp strein — os de peşte, placă de dantură falsă înghiţită, etc.); *stenoza istmului; necroza de origine sifilitică a tunicii medii; hipoplazia; degenerarea ţesutului vascular* (disoluţia fibrelor elastice), ceeace are de urmare mai întâiu dilatarea şi apoi ruptura; *aortita acută* (un caz de septicemie streptococică — *Schaechtelein*, 1928).

II. Coronarele. — Moartea subită, de regulă fulgerătoare, are sau forma sincopală sau aceea a sindromului anginei de piept (dureri violente, paloare, vărsături, uneori hemoragie). Ea e consecutivă coronaritei, adică unei strâmtări a arterelor, cu formarea de plăci ateromatoase fie la orificiile ambelor vase, fie numai la orificiul unuia din ele. Dar numai excepţional singură coronarita e cauza morţii; în marea majoritate a cazurilor, coronarita e asociată cu ateromul aortei, cu insuficienţa aortică, cu hipertrofia ventriculului stâng şi cu leziunile de nefrita interstiţială cronică.

Coronarita nu omoară întotdeauna brusc: moartea e uneori precedată de semne premonitorii, într'un interval de câteva zile sau chiar câteva săptămâni (simptome de pericardită ori de miocardită).

III. Arterele intra-craniene. — Ruptura lor provoacă hemoragia cerebrală.

IV. Artera pulmonară. — Stenoza acesteia asociată cu un defect cardiac (Moarte subită în timpul lucrului la un bărbat de 29 ani. *La autopsie:* stenoza dobândită a arterei pulmonare cu insuficienţa valvulei tricuspide — *Jannoni-Sebastianini,* 1928).

8. Venele

Moartea subită de origine venoasă propriu-zisă e o excepţie — şi atunci se notează în:

a) *Ruptura spontană* interesând: vena-porta, vena cava inferioară, venele coronare, venele pulmonare, venele azygos.

b) *Ruptura spontană a varicelor* provocând o hemoragie mortală mai frecvent în puerperalitate. (Hematemesă mortală consecutivă rupturii unei varice esofagiene, comunicând cu aorta toracică — *Violato,* 1929).

c) *Pătrunderea aerului în vene* consecutivă unei intervenţiuni chirurgicale sau unei simple injecţiuni intra-venoase.

d) *Flebita* provocatoare a emboliei pulmonare.

9. Sângele

Héger Gilbert, Laignel-Lavastine şi *De Laet* (în raportul lor comunicat congresului de medicină legală dela Paris, din 1929) admit, cu titlu excepţional, moartea subită ca o consecinţă directă, imediată a unei afecţiuni a sângelui, *cu restricţia însă ca ea să fi fost prevăzută* pentru o epocă nedeterminată. Pentrucă nu e de conceput ca o anemie sau o leucemie să rămână ignorate şi totodată să evolueze până'n gradul de a determina brusc moartea. Totuş, împreună cu *Duvoir* (1929) credem în posibilitatea unei *leucemii acute* cauzatoare a morţii subite.

* * *

După statistica lui *Key-Aeberg,* procentul de mortalitate subită, dat de diversele părţi ale aparatului circulator, e următorul:

Paralizia cardiacă 71,1%; ruptura inimii 2,4%; ruptura anevrismală 8,7%; ruptura aortei 2,5%; ruptura arterelor intra-craniene 15,3%.

10. Rinichii

Pe baza statisticei Institutului Medico-Legal din Bucureşti putem susţine, fără exagerare, că proporţia de moarte subită, consecutivă unor leziuni sau afecţiuni renale, e de cel puţin 50%. Pe deoparte, pentrucă instalarea năprasnică a morţii se poate nota nu numai în leziunile renale recente, dar şi în cele vechi, fie că au mai rămas urme sau au dispărut cu totul: febra, infecţiunea şi erupţiunea toxică agravează leziunea evidentă sau trezesc cea aparent vindecată şi deslănţuie scena finală. Pe de altă parte, pentrucă dependenţa inter-organică, semnalată ca o explicaţie a mecanismului morţii subite, e îndeosebi accentuată în ce priveşte raporturile dintre rinichi şi inimă, dependenţă asupra căreia *Traube* a stăruit cel dintâiu: dacă rinichii sunt bolnavi, ventriculul stâng se hipertrofiază şi se produce o leziune cardiacă; dacă afecţiunea primară interesează inima, rinichii se congestionează ori se închircesc, iar funcţiunea lor de eliminare a toxinelor e stingherită.

I. **Aspectele.** — Moartea subită de origine renală se poate prezinta sub următoarele aspecte:

a) *Nefrita acută* şi *sub-acută* (insuficienţa renală acută) se traduce prin anurie (nu întotdeauna), paralizia inimii, simptome cerebrale (numai uneori), edem al glotei (excepţional).

b) *Nefrita cronică* (rinichiul contractat, mic), frecvent asociată cu hipertrofia inimii şi arterita cronică, provoacă paralizia cordului, hemoragia cerebrală sau ruptura spontană a aortei, edemul pulmonar.

c) *Colicele nefritice.*

d) *Rinichiul polikistic.*

e) *Obstacolele extrinsece şi intrinsece la scurgerea urinei.*

f) *Retenţiunea în sânge a ureei, a acidului uric, a acizilor organici şi inorganici.*

g) *Dilataţia congenitală a arborelui urinar.*

h) *Tumorile renale* cauzează moartea prin embolia arterială pulmonară.

i) *Compresiunea exercitată asupra ureterelor* de tumorile voluminoase ale bazinului.

j) *Infiltraţia glicogenică* a epiteliilor renale în diabetul mellitus.

II. Uremia — care în examenul superficial, simulează până la completa confuzie o intoxicaţie alimentară ori una anesteziantă — e semnul final, pecetea morţii subite în nefrita acută sau cronică. Criza năprasnică e deslănţuită de frig, oboseală, de excesele alimentare sau alcoolice, de o emoţie puternică. — Deosebim:

a) *Forma broncho-pneumonică:* dispnee, edem pulmonar.

b) *Forma gastro-intestinală:* diaree abundentă, seroasă, uneori sanguinolentă, vărsături; răcirea corpului, simptomele holerei. Simulează otrăvirea cu arsenic.

c) *Forma nervoasă:* toropeală, delir, cefalee, crampe, nevralgii, prurit, hemiparesie transitorie, turburări vizuale, miosis. E deobiceiu consecutivă unui abuz de băuturi alcoolice tari şi simulează intoxicaţia prin strichnină.

d) *Forma comatoasă* simulează otrăvirea cu opium şi se produce în interval de câteva ore.

e) *Forma trăsnitoare* (în interval de câteva minute, maximum o oră) e caracteristică în morbul lui Bright.

11. Capsulele supra-renale

Examenul lor e de o însemnătate capitală, pentrucă de multe ori ne dă cheia enigmei în moartea subită fără alte leziuni anatomice proprii a explica suprimarea bruscă a vieţii. E de notat că putrefacţia transformă substanţa medulară a capsulei într'un kist cu lichid roşiatic, care nu trebue confundat cu hematomul capsular.

Moartea subită, fulgerătoare sau rapidă, are următoarele cauze:

I. Insuficienţa capsulară acută. La *individul sănătos* ea se manifestă prin ictus apoplectiform, turburări epileptiforme, sincopa urmată de coma. La *individul bolnav* (meningita, scarlatina, febra tifoidă, paralizia progresivă) e datorită unei *hemoragii bilaterale* şi se manifestă prin violente dureri abdominale, turburări digestive, răcirea corpului. *La autopsie:* sau un hematom de mărimea unui ou de porumbiel ori a unui ou de găină, sau o hiperemie generalizată a capsulei mărită de volum (12—15 gr.).

II. Şocul, sincopa consecutive acţiunii cloroformice, injecţiunii intracardiace de adrenalină (care sporeşte efectul cloroformului). Se explică prin hipersensibilitatea capsulelor la acţiunea anestezicului.

III. Sindromul lui Addison, la indivizii cachetici. — La *autopsie:* tuberculi caseoşi, mase canceroase ale substanţei corticale şi ale substanţei medulare a capsulelor. *Tabloul clinic* simulează pe acela al intoxicaţiei, al peritonitei supra-acute sau pe acela al holerei.

IV. **Hipoplasia congenitală sau dobândită a substanţei medulare** in legătura cu status thymo-lymphaticus; la femei, după cesariana.

V. **Hemoragia în substanţa medulară:** mai rară.

12. Vesica

Ruptura acesteia fără existenţa unei leziuni a tegumentelor.

13. Organele genitale

I. **Infecţia uretrei** (de natură blenoragică) poate fi originea morţii subite prin complicaţiuni cardiace.

II. **Strâmtările uretrei** (mai ales de origine blenoragică) cauzează uneori leziuni grave ale rinichilor cari se traduc prin moartea subită. O tentativă de cateterism poate deslănţui un acces brutal al febrei urinoase.

III. **Infecţia blenoragică a prostatei şi a vesiculelor seminale.**

IV. **Adenomii, carcinomii prostatei.**

14. Ficatul

Moartea subită, mai mult sau mai puţin rapidă, e provocată de:

I. **Colica hepatică** e rareori cauză a morţii năprasnice. Sunt două tipuri:

a) *Forma inhibitorie:* calculii provoacă o iritare violentă a plexului solar (La o autopsie făcută la Institutul Medico-Legal din Bucureşti: în canalul cistic, în prelungirea acestuia, în lobul stâng, prezenţa a 5 calculi poligonali, de o mărime variind dela aceea a bobului de linte la aceea a bobului de porumb; în canalul choledoc, foarte destins, doi calculi galbeni-roşiatici de mărimea unei alune).

b) *Forma perforantă:* calculul, perforând canalul choledoc, pătrunde în cavitatea peritoneală.

II. **Ruptura unui kist hidatic al ficatului** *şi golirea lui în peritoniu, provocând astfel sau o intoxicaţie hidatică sau o peritonită supra-acută.* — Moartea rapidă in interval de 2—3 ore şi precedată de tabloul clinic al otrăvirii, se produce fie sub influenţa unei emoţiuni a unei iritaţiuni violente (o femee moare în urma unei certe cu soţul ei), fie sub aceea a unui efort, indiferent de importanţa lui (moartea unui individ in timpul coitului - *Dépé*).

III. **Hemoragia canalelor biliare** putând avea ca origine o formaţiune canceroasă in canalul choledoc (o observaţie recentă-*Strauss*, 1929).

IV. **Sifilisul hepatic. — Icterul grav.**

V. **Ciroza ficatului** provoacă moartea sincopală atunci când e însoţită de un epistaxis abundent.

VI. **Modificări neînsemnate ale ficatului** (aparţinând tabloului clinic al eclampsiei, indiferent dacă in prealabil se produc ori nu convulsiuni) omoară aproape fulgerător în timpul sarcinei.

15. Splina

Moartea subită e datorită revărsării hemoragice in peritoniu, consecutivă unei rupturi spontane a splinei, sub influenţa unui şoc emotiv sau a unui efort anodin.

Ruptura splenică se notează în:

I. **Malaria.** Splina, foarte mărită de volum (un caz: 360 grame), e excesiv de friabilă: în plus se adaugă circumstanţa aderenţelor create de perisplenita cronică (ruptura splinei la unul în momentul când se'ntoarce in pat; ruptura la o femee cu ocazia mişcării de restabilire a echilibrului unui coş pe care-l purta pe cap).

II. **Paralizia progresivă** in timpul tratamentului malaric.

III. **Tifosul.** — Ruptura — notată in cursul săptămânii a treia sau la inceputul convalescenţei — e favorizată de prezenţa unor abcese splenice, de infarctus, amiloza splinei, leucemia mieloidă; de anevrismul arterei splenice, de varicele venelor splenice.

16. Pancreasul

Moartea subită, mai mult sau mai puţin rapidă (câteva ore sau 1—3 zile), e provocată de *pancreatita hemoragică acută, forma pură sau însoţită de steato-necroza*. Deoarece îndeobşte se mai notează fie congestie pulmonară, fie colici hepatice, nu e riscat de a se afirma că pancreatita hemoragică nu e cauza esenţială a morţii, ci una concomitentă.

Indeosebi frecventă e forma *steato-necrozică*. Moartea rapidă e precedată de un sindrom peritoneal: facies gripat; dureri în zona ombilicală, epigastrică şi hipochondrică, vărsături, prostraţie, tendinţă la sincopă hiperestezia abdominală generalizată, meteorism abdominal, constipaţie; pulsul mic şi rapid (tabloul „dramei pancreatice", descrisă de *Dieulafoy*). Moartea, aproape fulgerătoare, oferă tabloul clinic al apendicitei, al ocluziunii intestinale, al unei intoxicaţii.

La autopsie se notează leziuni caracteristice: pancreasul, cu volumul mărit, e presărat cu hemoragii interstiţiale, cu pete superficiale de steatonecroză.

17. Glanda thyroidă

Hipertrofia acestei glande, cu sau fără atrofia şi ramolirea cartilajelor tracheei, e cauza morţii subite: asfixia prin paralizia respiraţiei, consecutivă comprimării nervilor laringieni.

18. Thymusul şi glandele limfatice

După cum am arătat la capitolul „Pruncuciderea" (moartea naturală a copilului), persistenţa sau mărirea excesivă a thymusului (una din observaţiile noastre mai recente se referă la un tânăr cu un thymus de 72 gr.) nu credem să constitue o cauză esenţială a morţii subite la adulţi. Cel mult — şi aceasta e şi părerea lui Richter — *status thymicus, status lymphaticus, status thymolymphaticus* constitue pentru organism o cauză de *minoris resistentiae* la influenţele externe şi la infecţiuni.

In toate cazurile în cari aceste stări au fost observate (thymusul mărit, glandele limfatice umflate, sporirea ţesutului limfatic al limbii, al spaţiului naso-faringean) s'au notat totodată şi grave leziuni sau afecţiuni viscerale şi vasculare: splina mărită de 375 gr. (*Sheldon*, 1928); splina mărită şi hipoplasia arterelor (*Anderson-Cameron*, 1927).

19. Faringele

Moartea subită e explicabilă numai în două eventualităţi:

I. O **stomatită benignă** bruse complicată, graţie celulitelor lymphoseptice ale lui Sébilleau, cu o septicemie supra-acută şi hipertoxică (adesea fără febră mare).

II. O **angină** brusc complicată cu adeno-flegmoni, edem al glotei şi septicemie.

20. Esofagul

Moartea subită e consecutivă unei abundente hemoragii esofagiene, care poate avea ca origine:

I. **Dilataţia** esofagului în timpul deglutiţiei.

II. **Perforarea peretelui de un ulcer** care ani în şir poate rămâne ignorat. Perforarea bruscă provoacă o hemoragie fulgerătoare. Uneori perforarea ulceroasă a esofagului e urmată de un pneumothorax unic sau dublu.

III. Varicele esofagiene, cu sediul obicinuit la nivelul segmentului inferior, sunt o consecinţă prin repercursiune a cirozei sau a sifilisului ficatului, ori a unor leziuni ale stomacului şi intestinelor. Ruptura varicoasă se produce îndeosebi în efortul vărsăturii ori în acela al deglutiţiei unui bol alimentar voluminos.

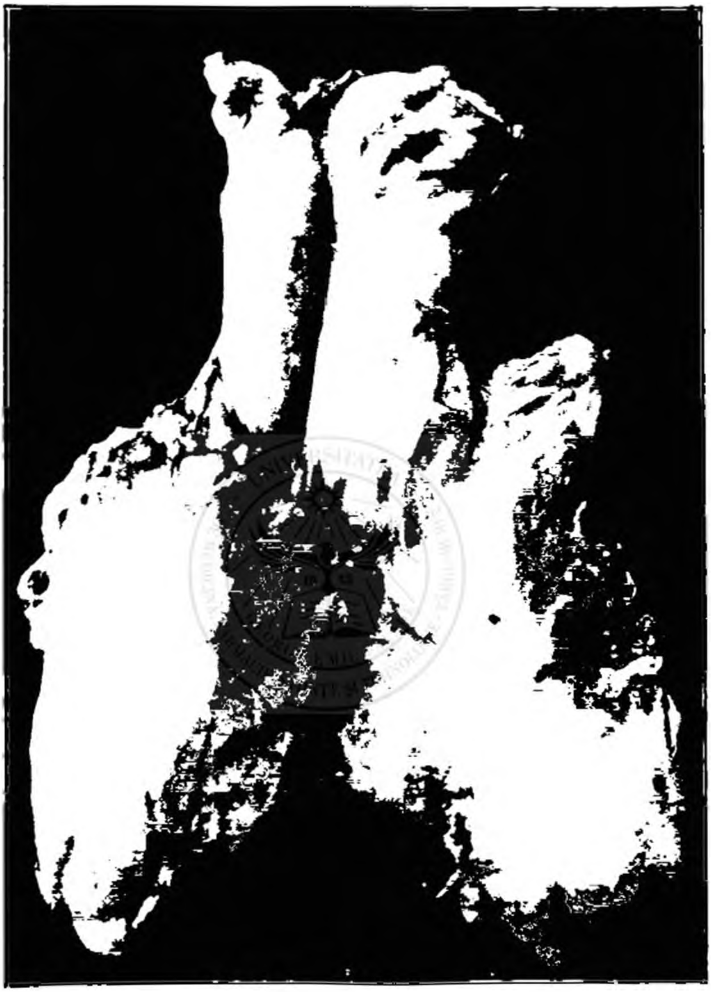


Fig. 240. — Un thymus (mărime naturală) de 72 gr. găsit la autopsia unui băiat de 15 ani mort într'un accident de tramvai. Cu tot acest thymus hipertrofiat — care, după autori, ar fi trebuit să-l predispună la moartea subită, nici măcar nu i-a creat o stare de *minoris resistentiae*, deoarece n'a suferit niciodată de turburări respiratorii.

21. Stomacul

Moartea subită are următoarele cauze:

I. SÂNGE IN STOMAC provenind dela căile aeriene şi pătrunzând prin esofag: sângele mai poate proveni dela o varice plesnită a esofagului ori dela un anevrism aortic care a străbătut prin acesta din urmă.

II. OCLUZIUNEA STOMACULUI, CU SUBSEQUENTA DILATAŢIE, NECROZARE ŞI PERFORARE, se produce in urma unei mese copioase.

III. REPLEŢIUNEA ŞI INDIGESTIA cauzează moartea prin stingherirea circulaţiei, ceeace are de urmare fie o congestie cerebrală, fie una pulmonară. Dacă individul e cardiac, avem moartea sincopală.

IV. ABCESELE ŞI FLEGMONII DIFUZI AI STOMACULUI: moartea fulgerătoare sau rapidă, în urma unei mese copioase sau a unor excese alcoolice.

V. TUMORILE, provocând latent erodarea şi perforarea cauzează moartea. Aceasta poate fi datorită şi eroziunii şi perforării unui vas din vecinătate (artera splenică).

VI. ULCERUL GASTRIC e cea mai frecventă cauză de moarte subită prin stomac şi pare a avea o predilecţie pentru femee. Evoluând latent, cu simptome mai mult sau mai puţin pronunţate (dureri, vărsături, hemoragii) ori complect ignorat, ulcerul gastric se manifestă virulent prin şcena finală care e aceea a unei hemoragii intra-stomacale sau aceea a unei perforări cu peritonită ori cu septicemie, prin revărsarea conţinutului stomacal.

Moartea subită poate fi datorită aderenţelor cu vasele mai importante cari s'au constituit sub ulcere vechi cunoscute ori nu, in care caz se notează uneori o perforare gastro-aortică ori una gastro-portală.

Sunt trei tipuri de ulcere:

1. Ulcerul simplu, care se deosebeşte de ulcerul generat de o intoxicaţiune cu o substanţă caustică, prin aceea că prezintă o ridicătură caracteristică, iar fundul îi este neted şi lucios (Un caz de moarte precedată numai timp de câteva ore de subite şi violente dureri lombo-abdominale — *Mayrac*).

2. Ulcerul rotund — ulcus ventriculi (ulcerul lui Cruveilhier) evoluează aproape ignorat (Femee de 22 ani. Suferă de un an de insuficienţă mitrală. Subit: hematemeză şi melena. La *autopsie*: un ulcer rotund, de mărimea unui bob de linte, in peretele posterior al stomacului, iar in adâncimea ulcerului o ramificaţiune arterială erodată şi un trombus obstruant — *Naumann*, 1928).

3. **Ulceraţiunile secundare** pot avea ca origine:

a) *Un traumatism epigastric* fără urmă exterioară: strivirea mucoasei şi distrugerea capilarelor provoacă o ulceraţie cu gastroragie fulgerătoare.

b) *Complicaţiunea unei intervenţii chirurgicale*, indeosebi în cazurile septice.

c) *Ulceraţia prin simpatie*, datorită cirosei sau sifilisului hepatic. Moartea prin hemoragie stomacală.

d) *Flebitele sistemului portal* provoacă şi ele indirect ulceraţia gastrică.

e) *Ulceraţiile consecutive unei intoxicaţii mai mult sau mai puţin vechi* (sare de mercur, arsenic).

f) *Ulceraţiile consecutive unei boli infecţioase*.

22. Duodenul

Ignorat până în momentul catastrofei, ulcerul duodenal, unic sau multiplu, se manifestă fie printr'o hemoragie fie printr'o perforare cu peritonită.

Dar ulcerul duodenal mortal — pe care am avut prilejul să-l notăm in peste 100 cazuri de moarte subită — poate avea şi un caracter acut (moartea aproape fulgerătoare, consecutivă perforării ulcerului duodenal multiplu, la 8 zile după o intervenţie ginecologică urmată de parametrită — *Katz*).

De regulă, moartea se produce sub influența unui efort mai mare sau e precedată de o prea mare tensiune intraduodenală consecutivă unui exces alcoolic.

23. Intestinele

Moartea subită are drept cauză volvulus sub toate formele:

I. Ocluziunea acută. — Moartea e precedată, într'un scurt interval de: violente dureri în zona ombilicală; vărsături mai întâiu alimentare, apoi bilioase și fecaloide; meteorism abdominal cu unde peristaltice; puls mic; hipotermie (La autopsia unui vier, făcută la Institutul Medico-Legal din București, am extras din intestine 4 kgr. de sâmburi de cireșe).

II. Ocluziunea cronică. — Moartea e precedată de dureri abdominale, vărsături rare, meteorism: *Socquet*, la Paris, a extras din intestinele unui mort nu mai puțin ca 8 kgr. de substanțe ingerate.

III. Apendicita, ale cărei simptome brusce sunt uneori confundate cu acele ale unei infecțiuni a anexelor.

IV. Ulcerațiunile intestinale formate în cursul disenteriei, tuberculozei, al cancerului intestinal și al emboliilor arterelor mesenterice.

V. Herniile.

24. Anusul

Moartea subită se notează numai în cazul imperforațiunii anusului, defecațiunea făcându-se printr'o fistulă care, la un moment dat, se închide cu materii fecale tari (observația lui *Brouardel*).

25. Cavitatea abdominală

I. Diafragma: *ruptura spontană și bruscă* sub influența unui efort violent.

II. Revărsarea sanguină abundentă consecutivă: unei rupturi a ficatului, splinei; ruperii unui anevrism al aortei abdominale; plesnirii arterei mesenterice; rupturii unui ou extra-uterin; plesnirii unui folicul ovarian.

III. Revărsarea conținutului stomacal și intestinal în urma perforării stomacului, duodenului și intestinelor (ulcer gastric și duodenal; tumori tuberculoase; gangrena unor segmente ale peretelui intestinal strangulat; prezența de corpi streini perforanți).

IV. O peritonită incipientă cauzând un șoc peritoneal sau o paralizie intestinală (după perforarea unui ulcer stomacal sau intestinal; în invaginarea intestinală; în apendicită; în afecțiunile inflamatorii ale genitalelor feminine interne).

V. Strangularea epiploonului (o observație a lui *Bulyginschy*, 1928).

26. Afecțiunile ginecologice, sarcina și puerperalitatea

I. In timpul sarcinei moartea subită poate avea drept cauză:

a) *Eclampsia:* în cursul unei crize sau posterior acesteia, din cauza unei hemoragii a nevraxului. Se notează: fie hemoragii meningee, fie hemoragii protuberanțiale, fie inundări ale venticulelor creerului.

b) *Hemoragia placentară* (placenta praevia, în secțiunea cervicală a placentei).

c) *Vărsăturile incoercibile*, mai ales cu prilejul avortului provocat.

d) *Molul hidatiform.* — *Tuberculoza* (hemoptizia mortală). — *Icterul, Gripa.* — *Gușa dispneizantă* (insuficiența acută a inimii).

e) *Ruptura sarcinii ectopice* („hematocelul cataclismic" al lui Barnes) care provoacă inundația peritoneală.

f) *Desvoltarea tumorilor benigne ale uterului* (fibromul, fibro-myomul).

g) *Un traumatism al peretelui abdominal, în deosebi în regiunea sub-ombilicală* cu desprinderea placentei și cu toxemia gravidică secundară.

h) *Dilatarea brutală a colului uterin cu ruptura arterei uterine.*

i) *Gangrena masivă a uterului consecutivă injectării unui lichid caustic*, in manoperele abortive. In atare caz se poate nota şi un complex de accidente: şoc, hemoragie, septicemie, peritonită supraacută.

j) *Edemul pulmonar acut* al cardiopatelor, al brighticelor.

k) *Toxemia gravidică* la gravida cu o pareză a miocardului.

l) *Embolia pulmonară*, provocată de placenta praevia.

m) *Acţiunea reflexă* in manoperele abortive.

n) *Ruperea varicelor din zona genitală* (internă sau externă).

o) *Pătrunderea de aer în vene* (in manoperele abortive şi in practica obstetricală).

II. In timpul facerii. — a. *Eclampsia; hemoragia retro-placentară; gripa; icterul.*

b) *Inserţiunea vicioasă a placentei.*

c) *Ruptura colului sau a corpului uterin în cursul manoperelor obstetricale.*

d) *Mărirea volumului glandei tiroide*

e) *Hemoragia meningee.*

f) *Paralizia cardiacă.* Accidentele cardiace datorite hipertensiunii ca efect al contracţiunilor uterine.

g) *Şocul obstetrical* intr'un interval de câteva ore dela uşurare. Se notează numai la parturientele cari suferă de turburari cardiace, renale şi hepatice, de intoxicaţie gravidică.

h) *Embolia pulmonară* (cazuri excepţionale).

i) *Embolia gazoasă* consecutivă desprinderii manuale a placentei foarte aderente.

j) *Hemoragiile clasice ale uşurării.*

k) *O infecţiune acută.*

l) *Ruptura variacelor din regiunea clitoridiană.*

m) *Şocul şi hemoragia în inversiunea uterină nediagnosticată.*

n) *Ruptura diafragmei, a inimii, a splinei.*

III. După facere. — *Ocluziunea intestinală, dilataţia stomacului* chiar dela a doua zi dela expulzarea copilului.

b) *Embolia precoce* consecutivă unei flebite cunoscute sau ignorate; *embolia tardivă* după vreo zece zile dela facere. Şi una şi alta au drept cauză o mişcare sau o deplasare. Embolii ale inimii şi ale arterelor pulmonare.

c) *Ruptura spontană a uterului* în urma unei injecţii intra-uterine: moartea se produce prin acţiune reflexă.

d) *Tuberculoza:* moartea subită imediat sau a doua zi după facere.

e) *Afecţiunile cardiace:* asistolia in 3—5 zile dela uşurare; miocardita.

f) *Hemoragia consecutivă* atoniei uterului, rupturii colului sau a corpului uterului; hemoragia consecutivă retenţiunii placentare (totală sau parţială): hemoragia consecutivă rupturii ficatului, a splinei, a pancreasului; hemoragia gastrică în ulcus ventriculi.

g) *Scleroza, stenoza, ruptura aortei.*

h) *Apoplexia cerebrală*, îndeosebi in eclampsie.

i) *Nefrita acută.*

j) *Trombusul abdomino-pelvian.*

k) *Peritonita supra-acută.*

l) *Edemul pulmonar acut*, care se notează numai la cardiacele pure.

27. Afecţiuni şi leziuni diverse

I. Alcoolismul. — Deosebim două tipuri de morţi subite: 1. moartea pur alcoolică; 2. moartea in care otrava a jucat rolul unui factor de pregătire a terenului prielnic complicațiunilor și precipitării desnodământului în evoluția unor leziuni și afecțiuni preexistente și agravate.

a) *Moartea subită pur alcoolică* e deslănțuită pe deoparte de desoxigenarea sângelui — de unde lipsirea organismului de elementul generator al combustiunii (deci al întreținerii căldurii necesare vieții) și al regulării funcțiunii respiratorii; pe de alta, de răcirea bruscă a corpului prin eliminarea excesivă a căldurii centrale pe calea radiațiunii (*Laborde* și *Bourneville* au notat 24° grade în temperatura rectală a unui cadavru proaspăt de alcoolic).

b) *Moartea subită prin leziuni create și prin complicarea leziunilor preexistente.* — 1. Alcoolul nu cruță nici un organ; îndeosebi susceptibile la acțiunea-i desorganizatoare sunt creerul, inima, plămânul, stomacul, rinichii. Această acțiune distrugătoare se exercită în perioada de depresiune consecutivă intoxicației acute, și cu atât mai vârtos în tot cursul intoxicațiunii cronice.

2. În intoxicația acută, alcoolul provoacă șocul fatal care paralizează brusc una din funcțiunile vitale esențiale anterior slăbită (circulațiunea, centrii nervoși, respirațiunea). Catastrofa se produce la orice temperatură a mediului ambiant, dar e cu deosebire grăbită de frigul exterior.

3. În intoxicația cronică, otrava favorizează evoluția lentă a unor grave leziuni existente interesând organe a căror funcționare normală e indispensabilă vieții; la un moment dat al suprasaturației, se produce cataclismul (meningita, pneumonia, nefrita, ciroza ficatului, cancerul metastazic, accesul de delirium tremens, etc.). — La *autopsie*, în afară de leziunile anatomice proprii celorlalte organe deacum bolnave, notăm o retracțiune a stomacului cu pete echimotice presărate pe mucoasa lui.

II. **Coma diabetică.** — La *autopsie* se notează modificări pancreatice: atrofia, ciroza, degenerarea grăsoasă a glandei; în plus un puternic miros de aceton al organelor interne îndeosebi al creerului.

III. **Febra tifoidă** în evoluția ei clandestină, ignorată și de individ și de cei din jurul lui. Moartea (mai frecvent observată la indivizii de 20—25 ani) se produce astfel, în plină sănătate aparentă, prin paralizia inimii.

IV. **Angina tonsilară sau lacunară** e cauză de moarte subită numai în caz de preexistență a unor modificări morbide ale inimii, consecutive acțiunii toxinelor din febră.

V. **Leziunile măduvii:** a. *morbul lui Pott*, în stadiul incipient (un efort violent provoacă ruptura coloanei vertebrale și concomitent ruptura sau strivirea măduvei), b. *deschiderea subită a unui abces în canalul rachidian* (observațiuni făcute la Institutul Medico-Legal din București).

VI. **Guta:** atrofia rinichilor, aderențe hepatice, arterio-scleroza.

VII. **Necrozarea țesuturilor adipoase** — la indivizii grași.

VIII. **Perforarea timpanului** în moartea subită prin submersiune.

IX. **Encefalita rabică, foarte rar notată, cauzează moartea subită prin** leziuni bulbare, identificate de examenul microscopic (Edificatoare e următoarea observație: Țăran de 67 ani. Mușcat de un câine turbat în regiunea fesieră dreaptă. Neglijează. După 3 săptămâni își dă seama de slăbirea puterii brațelor. Pornește spre Cluj, dar în drum e apucat de vărsături și moare în tren. La *autopsie:* nici o leziune macroscopică de natură a explica moartea. — Examenul histologic al creerului și al măduvei. *Măduva:* un intens proces de mielită, cu infiltrațiuni perivasculare și libere în țesut și în nodulii lui Babeș; mielita e mai accentuată în zonele dorsală și cervicală; în *bulbul rachidian, procesul inflamatoriu e foarte intens.* — *Creerul:* infiltrațiuni din porțiunea bazală; absența infiltrațiunilor în scoarța convexității. — *Concluziunea:* o turbare paralitică și liniștită — *Urechia-Kernbach*, 1930).

Bobeș a notat un caz de moarte după trecerea de numai 24 ore dela infecțiunea rabică.

X. Obezitatea, prin grăsimea inimii și degenerescența arterială, e susceptibilă de: hemoragia cerebrală, ruptura inimii, edemul pulmonar acut.

XI. Diateza artritică. — Discraziile acide.

XII. Menstruația, cu capriciile ei, poate fi, e drept excepțional, o cauză certă de moarte subită. In privința aceasta citām următoarea observație recentă, făcută la Institutul Medico-Legal din București:

Fată de 19 ani, fizicește debilă. Ereditate nulă. Menstruată la 15 ani. La fiece epocă menstruală (fluxul catamenial redus la câteva picături), grozave dureri abdominale, cari o sileau să stea nemișcată în pat timp de 2—3 zile; durerile acestea, cari nu cedau nici unei intervențiuni, se 'ncheiau printr'o epuizare nervoasă. La ultima epocă menstruală, durerile obicinuite se exacerbează și în cursul lor fata moare pe neașteptate. — *Autopsia* (făcută imediat după deces): nici o urmă de violență: fața și extremitățile cianozate; hiperemie generală meningo-encefalică cu edem; hipofisa, puțin mărită, e și ea hiperemiată; sânge lichid pretutindeni; corpul tiroid micșorat; ușoare aderențe pleurale; câțiva infarcți pulmonari și puțin emfizem; bronchiile pline cu un lichid spumos fin; pe pericard câteva echimoze; cordul în sistolă; thymusul cântărește 19 gr.; stomacul, gol, are câteva sufuziuni sub-mucoase; sistemul ganglionar hiperemiat; ficatul congestionat, 1450 gr.; splina 130 gr.; rinichii (ambii) 320 gr.; capsulele suprarenale ușor mărite și foarte hiperemiate; uterul, puțin mărit (8; 4,5; 3,5 cm.) e violaceu; mucoasa uterină, îngroșată, e de un roșu spălăcit; ambele ovare, atinse de degenerescență kistică, pline cu lichid sero-sanguinolent; în ovarul stâng se găsește un corp galben în plină evoluție, de mărimea unui bob de fasole. — *Examenul histologic* al diverselor organe n'a dat nici un rezultat apreciabil.

B. Absența unor leziuni evidente, dar existența unei stări predispozante ori a unei cauze secundare

Rezultatul autopsiei e complect sau aproape nul. In atare caz căutăm elemente de documentare și de demonstrare în:

I. **Starea predispozantă** de ordin constituțional, fiziologic, patolgic și accidental: susceptibilitatea particulară izvorând din: vârsta, ereditatea, felul alimentației, anotimpul (vezi: vol. II, pag. 940).

II. **Cauzele secundare** identificate prin anamneză: efortul fizic, surmenarea circulației (coitul, mai ales în stare de beție), menstruația, repletiunea stomacului cu chim, provocarea reflexului lui Hering, intervențiunile medicale, șocul emotiv, o baie prea fierbinte ori prea rece, un curent electric de mică tensiune, o insolație ușoară.

II. IMPOSIBILITATEA VERIFICĂRII CAUZEI

Autopsia cu examenul histologic și cu cel bacteriologic, precum și analiza chimică nu pun în evidență nici o leziune, nici o urmă cât de neînsemnată care să ne îndrumeze întru determinarea mai mult sau mai puțin precisă a cauzei morții. In plus, nu dispunem de nici un element anamnezic concludent. Pentrucă sunt foarte multe cauze de moarte necunoscute, precum sunt numeroase substanțe toxice cari omoară fără a lăsa nicio urmă pe cadavru.

Două eventualități:

1. **Cadavrul e încă proaspăt ori în stare de putrefacție incipientă**: ne putem afla în fața unei otrăviri cu o substanță care nu numai nu lasă urme caracteristice, dar ca însăș se volatilizează într'un scurt interval; ori se descoperă, în doză nesuspectă, urme ale uneia din acele substanțe toxice cari normal se găsesc în economia organismului.

2. **Cadavrul e în stare de putrefacțiune înaintată.** — Nici examenul histo-bacteriologic nu mai permite nici o identificare, dar nici chiar analiza chimică nu mai poate pune în evidență acele substanțe toxice cari după un timp determinat se elimineazâ complect.

⁂

Mai e de ținut seama, pentru ambele eventualități, de marea taină a unora dintre alterațiunile insesizabile cauzate de glandele cu secrețiune internă.

In absența oricărei indicațiuni, expertul conchide pe deoparte prin mărturisirea imposibilității materiale în care se află de a demonstra cauza morții, iar pe de alta prin emiterea ipotezei unei morți prin inhibiție, de cauză externă sau internă — șocul emotiv (oprirea reflexă a bătăilor inimii ori a respirației).

III. MOARTEA SUBITĂ LA COPII

Dat fiind ușurința suspiciunii de pruncucidere și de libericid, consacrăm un studiu aparte chestiunii morții subite la copii. Cu atât mai justificată e această circumspecțiune, cu cât e stabilit că, în cazurile de moarte rapidă ori fulgerătoare notate în intervalul dela naștere și până la adolescență, procentul cel mai mare îl dau copiii până la 2 ani.

Dacă la autopsie nu găsim nici o cauză primară ori secundară preexistentă — *ceeace se notează mult mai frecvent la copil decât la adult* — trebue să conchidem, întocmai ca la adult, la moartea prin inhibiție sau la o pseudo-moarte subită.

După leziunile și afecțiunile locale ori generalizate notate în observațiunile făcute, moartea subită la copii poate avea ca origine:

1. Meningele și creerul

E de observat că, datorită extremei lui impresionabilități, sistemul nervos infantil reacționează brusc la orice infecțiune, auto-intoxicație ori iritație reflexă. Forma banală a acestei reacțiuni e convulsiunea.

1. Meningitele, in general, sunt consecutive unei infecţiuni metastazice, pornită dela nas ori dela ureche, sau unei bronşite ori bronco-pneumonii.

a) *Meningita tuberculoasă:* in cursul evoluţiei lente isbucnesc pe neaşteptate simptomele (vărsături, convulsiuni, coma) cari cu numai câteva ore preced morţii.

b) *Meningita cerebro-spinală*, in forma-i fulgerătoare, omoară copilul într'un interval de 6—36 ore. — *Meningococcemia*.

c) *Meningita pneumococică* acută poate avea şi ea uneori o evoluţie latentă şi brusc să suprime viaţa copilului.

d) *Hemoragia meningee* subită, foarte frecventă la nouii-născuţi, se intâlneşte şi la copiii până la 2 ani. (Copil de 4 săptămâni. Rachitic. Moarte subită. La *autopsie:* rachitism florid cu o soluţie de continuitate a temporalului drept, iar la nivelul acesteia un hematom — *Kernbach*).

II. Creerul. — a. *Hiperemia şi edemul cerebral* consecutive auto-intoxicaţiei de origine intestinală.

b) *Encefalitele infecţioase*. — *Encefalita epidemică:* moartea rapidă in hipertermie: 42°.5 (caz inregistrat de *La Fevre de Arric*, 1930).

c) *Hemoragia ventriculară şi focarele de ramolisment cerebral* sunt produsul unor tromboze ale sinusurilor durei-mater şi ale venelor encefalice.

d) *Tumorile* (tuberculii) creerului şi ale cerebelului provoacă moartea in mijlocul unor convulsiuni pe neaşteptate isbucnite.

e) *Abcesele intra-craniene*, indeosebi abcesele cerebeloase de origine otitică, cauzează moartea, fără convulsiuni, intr'un interval de două ore.

2. Inima

I. Defectele congenitale capabile de a provoca moartea subită indeosebi in primele săptămâni ale vieţii:

a) *Dilataţia bi-ventriculară cu o uşoară hipertrofie cardiacă* (inima are forma globulară). Ajunge o boală intercurentă pentru ca moartea să se producă năprasnic.

b) *Dilataţia ventriculară unilaterală* in rachitism (*Meixner*, 1929).

c) *Inima grasă* (observaţiuni de moarte subită făcute intâiu de *Brouardel*).

d) *Ingroşarea tumefiantă a endocardului*.

e) *Tumefiarea straturilor interioare ale miocardului (ventriculul stâng)*.

f) *Embolia gazoasă a inimii* in momentul naşterii. E notată mai ales in placenta praevia ori in desprinderea operatorie a placentei.

g) *Endocarditele infecţioase acute*, primitive sau secundare. *Endocarditele maligne subacute*.

h) *Pericardita purulentă cronică; simfisa reumatismală a pericardului*.

i) *Miocarditele* datorite unei infecţiuni uterine (febra tifoidă, difteria, scarlatina, reumatismul articular al mamei).

j) *Leucemia acută*. — *Hemofilia*.

k) *Unele forme ale purpurei*.

II. Leziunile secundare ale miocardului au de efect paralizia inimii şi sunt consecutive unei infecţiuni sau unei intoxicaţiuni: boli exantematice; eczema cutanată mai mult sau mai puţin difuză; bronşita febrilă cu emfizem pulmonar; auto-intoxicaţia de origine intestinală, inclusiv cea datorită coprostasei.

3. Vasele

I. Leziunile orificiale ale aortei: *strâmtarea* şi *insuficienţa*, foarte des asociate.

II. Anevrismul aortei cu sediul frecvent la crosă, uneori şi la segmentul abdominal.

III. Placa atheromatoasă cauză a rupturii aortei.

4. Sângele

Toxemia consecutivă unei boli infecțioase: difteria, scarlatina, febra tifoidă, pojarul, eczema, tusea măgărească, sifilisul ereditar.

5. Aparatul respirator

I. Spasmul glotei în perioada de incubare a unei febre eruptive, în abcesele retro-faringiene.

II. Congestia pulmonară cu evoluția vertiginoasă de o zi sau chiar de numai câteva ore.

III. Asfixia prin obstrucția congenitală sau accidentală a căilor aeriene: obstrucția orificiilor; prezența de corpi streini în căile aeriene (pătrunderea prin aspirație a chimului, a ascarizilor lombricoizi); ruptura și golirea în căile aeriene a conținutului caseos al unui ganglion degenerat tracheo-bronchic

IV. Asfixia intra-uterină a noului născut: asfixia în timpul expulzării.

V. Pleurezia e excepțional o cauză de moarte subită la copii. Atunci când se notează ea poate avea ca origine: a) *o răceală complicată cu o otită* (West); b) *scarlatina* (revărsare pleurală dublă la un băiat de 8 ani, în a 25-a zi a boalei); c) *pojarul complicat cu otita* (la o lună de zile — *Comby*); d) pneumonia în a 10-a zi — *Russel*).

VI. Edemul pulmonar supra-acut consecutiv nefritei scarlatinoase.

VII. Apoplexia pulmonară: moartea subită în hemoptizia fulgerătoare.

VIII. Gangrena pulmonară consecutivă prezenței unui corp strein în căile aeriene. Moartea subită se produce aproape fulgerător după o hemoptizie abundentă *(Saint-Philippe-Nourrit)*.

IX. Pneumonia cu evoluția vertiginoasă în câteva ore *(Henoch, Comby)*. — Bronco-pneumonia.

X. Adenopatia tracheo-bronchică îndeosebi consecutivă hemoptiziei și deschiderii unui ganglion caseos în bronchii. — Moartea subită se produce în:

a) *Perforarea bronchică, urmată de hemoptizie.*

b) *Comunicarea unei caverne ganglionare cu o ramificație a arterei pulmonare.*

c) *Ulcerarea tracheei sau a bronchiilor printr'un ganglion caseos.*

d) *Comprimarea unui nerv din vecinătatea ganglionului tracheo-bronchic.*

XI. Granulia (ftizia acută) e excepțională în cazurile de moarte subită *(Brouardel, Comby)*.

XII. Tuberculoza pulmonară: a) *Hemoptizia fulgerătoare;* b) *sincopa* consecutivă unei degenerări a miocardului.

XIII. Bronșitele. — *Bronșita acută* sau *bronșita capilară*, frecvent asociate cu catarul intestinal, omoară subit copilul, mai ales în primele luni ale vieții. Procentul de mortalitate e de peste 50%. La noul-născut ea are ca origine aspirarea, în timpul expulzării, a unei substanțe infecțioase din vaginul mamei. Sugaciul moare în câteva ore, uneori după absorbițiunea unei poțiuni inofensive, ori e găsit mort în leagăn, pat, etc. — Șcena finală e caracterizată prin asfixie ori prin paralizia inimii cu degenerescența grăsoasă a miocardului și cu mici echimoze subendocardice. *La autopsie* se mai notează: congestie, atelectazie, nuclee de bronco-pneumonie, echimoze subpleurale; din bronchiile mici, pe secțiune, picură puroiu sau muco-puroiu: puroiu ori muco-puroiu se găsește și în trachee și laringe.

La *sugacii de câteva zile*, să nu se confunde cu mucusul bronșitic conținutul stomacal aspirat în timpul vărsăturilor, în care caz plămânii sunt foarte balonați, iar din bronchii și bronchiole se scurge, pe secțiune, materii din conținutul stomacal, cari se identifică la microscop.

6. Rinichii și capsulele supra-renale

I. Nefrita scarlatinoasă. — Nefrita albuminoasă in eczema sugaciului.

II. Leziunile capsulelor: — a. *Hemoragia acută în substanța medulară*, îndeosebi la sugacii cu diateză hemoragică. La *autopsie:* capsulele, cu volumul mărit (uneori de mărimea unui ou de găină) pot fi și de o greutate care poate atinge 15 gr. de capsulă — Moartea e fulgerătoare sau rapidă (până în 24 ore), când e precedată de simptome simulând otrăvirea: febră, diaree, vărsături, dureri abdominale, convulsiuni, colaps.

La *noul-născut*, hiperemia obicinuită a capsulelor favorizează hemoragia care se poate produce la câteva minute de viață extra-uterină, iar în scurtul interval se înregistrează dispnee ori convulsiuni.

b) *Morbul bronzat al lui Addison.*

7. Tubul digestiv

I. Stomatita flegmonoasă: septicemie sau embolie septică

II. Infecțiunile glandelor salivare.

III. Edemul luetei: asfixia.

IV. Abcesele retro-faringiene. — Moartea subită se produce sau în momentul inciziunii abcesului, sau într'o fază a evoluției acestuia când, deschizându-se spontan, abcesul golește conținutul în căile aeriene. Mecanismul morții e una din următoarele eventualități: hemoragia consecutivă ruperii unui vas important: asfixia supra-acută prin spasm al glotei; oprirea inimii printr'o acțiune reflexă; sincopa datorită unui reflex de origine laringo-faringiană.

V. Sânge în stomac provenind, prin deglutiție, din cavitatea nazală și din căile aeriene.

VI. Ulcerul stomacului (o fetiță de 10 ani — *Minovici*, 1922).

VII. Enterita acută foarte des asociată cu bronșita acută. Moartea e precedată sau nu de o diaree neinsemnată, vărsături și convulsiuni. — *La autopsie:* pete sau dungi de hiperemie a mucoasei intestinale; hipertrofia plăcilor lui Payer și a foliculilor închiși; depozit de mucus pe mucoasă; conținutul intestinal e lichid, cenușiu, uneori verde, cu floconi mucoși; miocardita (inconstant). — *Cauzele predispozante:* eredo-sifilisul, rachitismul, eczema.

VIII. Gastro-enterita care dă un foarte mare procent de morți subite

IX. Ulcerul duodenului: foarte rare cazuri de moarte subită infantilă.

X. Obstrucțiunea și invaginarea intestinală dau și ele un contingent al morții subite.

XI. Infarctus hemoragic al peretelui intestinal consecutiv trombozei și emboliei vaselor mesenterice.

XII. Tuberculoza intestinală cronică.

XIII. Flatuozitatea stomacului și a intestinului: numeroase observații de moarte subită la copii.

XIV. Apendicita. — In cursul unei crize, moartea se produce prin embolie cardiacă sau pulmonară.

XV. Ascarii. — Formarea unui ghem de limbrici în intestinul subțire provoacă moartea subită, prin convulsiuni reflexe. (Fetiță de 9 ani. Imbolnăvire subită cu cefalee progresivă, vărsături și pierderea cunoștinței, moartea după 6 ore. — *Autopsia:* un glămătuc de 38 ascarizi în jejunum, la 80 cm. de pilor — *Leminski*, 1929).

8. Thymusul și starea limfatică

I. Hipertrofia thymusului (vezi: cap. „Pruncuciderea". vol. II. pag. 486. „Moartea subită la adulți" vol. II. pag. 953) poate provoca moartea subită a copilului (mai frecvent între 2 și 9 luni), în următoarele eventualități:

a) *Compresiunea evidentă pe organele vecine, îndeosebi pe trachee* (care e găsită turtită) şi pe *bronchii*. Uneori hipertrofia thymică e asociată cu acea a glandei thyroide. (O fetiţă de 5 ani — *Minovici*, 1930; un sugaciu la care thymusul a exercitat o compresiune asupra tracheei şi laringelui — *Minovici*, 1929; un copil de 3 ani — *Minovici*, 1928).

b) *Compresiunea inimii* (auriculele) sau a *vaselor* (trunchiul venos brachio-cefalic).

c) *Compresiunea nervilor:* aderenţă între nervul frenic stâng şi thymusul hipertrofiat; pneumogastricul stâng încolăcit pe lobul stâng al thymusului mărit.

d) *Thymusul hipertrofiat* e originea unei auto-intoxicaţii *(Paltauf)*.

e) *Moartea sincopală*, fără semne premonitorii (dispnee şi ciroză) cu aspect tetanic.

II. **Starea limfatică** e un teren îndeosebi prielnic morţii subite infantile.

III. **Status thymico — lymphaticus** e considerat ca o cauză generatoare a hipoplaziei arteriale şi a athero-sclerozei juvenile.

9. Ficatul

I. **Ciroza infantilă a lui Hutinel.** Moartea subită (în 75% din cazuri) se produce fulgerător şi are forma sincopală.

II. **Icterul infecţios al noului-născut**, consecutiv unei infecţiuni a plăgii ombilicale.

10. Leziuni şi afecţiuni diverse

I. **Eczema.** Moartea subită se produce într'un moment de infecţiune paroxistică, a cărei origine e pielea. Copilul e într'o stare de auto-intoxicaţie cronică şi deci expus la septicemie, îndeosebi pe terenul prielnic al stării limfatice. La *autopsie* se notează: bronco-pneumonie, miocardită, tromboza sinusului, ulcerul duodenului.

Se deosebesc două tipuri de moarte subită eczematoasă:

a) *Eczema subită virulentă:* scena finală se produce năprasnic într'un moment de infecţiune paroxistică.

b) *Eczema e suprimată* graţie tratamentului administrat şi totuş moartea se produce pe neaşteptate, în forma asfixică. Catastrofa se explică prin retenţiunea toxinelor în organism, cari nu mai pot fi eliminate de pielea care, ne mai supurând, e acum uscată. Deaceea se poate afirma că un tratament prea activ vindecă la suprafaţă, spre a ucide mai lesne în profunzime.

II. **Pemphigusul noilor-născuţi** omoară subit, fără ca la autopsie să se noteze leziuni interne caracteristice (Trei atari cazuri — *Minovici*).

III. **Sifilisul congenital.** — a) *La noul născut* se notează, la autopsie, zone atelectazice ale plămânului şi gome miliare ale ficatului; hipertrofia ficatului şi a splinei.

b) *In primele zile după naştere*. La *autopsie:* în afară de notaţiunile precedente, se înregistrează şi leziuni sifilitice cardio-vasculare.

IV. **Hemoragiile:** epistaxis, omfaloragie, gastroragie, enteroragie, hemoragie în parenchimul plămânului şi al ficatului.

V. **Hidropisia generalizată congenitală** e frecvent cauză de moarte subită.

VI. **Peritonita consecutivă**, în primele zile dela naştere, unei infecţiuni ombilicale sau unui catar intestinal.

VII **Insuficienţa sistemului adrenal** a fost demonstrată drept cauză a morţii subite la copii.

VIII. **Diabetul.** — Moartea subită se produce după câteva săptămâni sau chiar după numai câteva zile dela apariţia primelor simptome ale bolii.

IX. **Pojarul** (rugeola hemoragică sau rugeola sufocantă) cauzează excepţional moartea subită, prin albuminurie, anasarc, hemoragia difuză a stomacului.

X. **Varicela gangrenoasă:** moartea subită (rară) prin colaps cardiac.

XI. Scarlatina. — Moartea subită se poate produce în orice stadiu al bolii (a 4-a zi dela erupțiune — *Duclos;* a 10-a zi — *Klose*), fie prin escesul toxinei scarlatinoase în organism, fie printr'o complicație: hemoragia, tromboza sinusală, revărsarea pleurală; amigdalita ulceroasă perforatoare a peretelui unui vas mare — de unde hemoragia buco-nazală; adenopatia sub-maxilară sau cervicală.

XII. Tusea măgărească.—Excepțională, moartea subită se notează în momentul unei quinte sau consecutiv unei complicațiuni a accesului quintos (hemoragia meningee; o dilatație cardiacă acută; spasmul glotei). Se notează mai ales la sugaci

XIII. Difteria. — Cazuri foarte frecvente. Moartea năprasnică e consecutivă unei leziuni a cordului sau unei leziuni a sistemului nervos (nervii cardiaci, centrii nervoși). Procentul maxim il dă starea predispozantă a copiilor limfatici. Momentul variază: între a 6-a și a 30-a zi a bolii (mai frecvent între a 6-a și a 15-a zi, îndeosebi de frecvent în a 10-a zi); uneori se poate nota moartea subită a copilului chiar după vindecarea anginei, într'un interval până la 6 săptămâni.

Moartea subită în difterie se notează, în marea majoritate a cazurilor, în boala de loc diagnosticată sau la începutul nediagnosticat al infecțiunii.

In cazurile de difterie diagnosticată, moartea rapidă se notează în angina malignă fulgerătoare, în sindromul secundar al acesteia, în difteria complicată cu endocardita infecțioasă ori cu tromboza cardiacă.

XIV. Febra tifoidă: moartea subită de predilecție în a 6-a sau a 7-a zi a bolii; la autopsie se găsește și hemoragie meningee

XV. Sincopa e o formă a morții subite notată: în primele zile dela naștere, ca o consecință a leziunilor, aparente ori nu, suferite în timpul expulzării; în sifilisul ereditar, în turburările glandelor endocrine, în hipertrofia ganglionilor mesenterici; în șocul reflex inhibitoriu.

XVI. Bolile nervoase. — a) *Epilepsia:* în cursul unui atac ori se produce o ruptură cardio-vasculară, ori asfixia e consecutivă pătrunderii prin aspirație, în căile aeriene, a unei părți din conținutul stomacal.

b) Choreea: moartea subită e consecutivă unei hemoragii cerebrale, unei endocardite sau unei embolii pulmonare.

c) Convulsiunile.

CAP. V

MOARTEA PRIN INHIBIȚIE

Inhibiția e *întreruperea trecătoare* (pierderea cunoștinței) sau *abolirea definitivă* a funcțiunilor vitale esențiale, sub acțiunea unui traumatism mai mult sau mai puțin neînsemnat, fizic ori psichic, sau chiar a unui simplu șoc emotiv fără influență exogenă directă. — *Centrală*, inhibiția e efectul unei excitațiuni transmise prin conductorii centripeți (oprirea respirației în urma excitării fibrelor centripete ale pneumogastricului). *Periferică*, inhibiția succede unei excitații a conductorilor centrifugi (oprirea inimii prin excitarea capătului periferic al pneumogastricului; paralizia tunicilor vasculare in urma excitării vaso-dilatatorilor). — Cu un cuvânt, utilizând și elementele din difiniția lui *Brown-Séquard*, inhibiția e fenomenul, morbid sau letal, consecutiv unei iritațiuni a sistemului de inervare, iritațiune al cărei punct de plecare e mai mult sau mai puțin îndepărtat de zona de localizare a efectului.

Putând să se traducă nu numai prin moarte ci și printr'o simplă depresiune funcțională pasageră, inhibiția va fi *complectă* în cazul întâiu și *incomplectă* în a doua ipoteză. Inhibiția e *complectă* și atunci când, deși își recapătă cunoștința, cu mișcări respiratorii, victima sucombă totuș după 30 secunde, maximum o minută.

Incomplectă inhibiția se traduce sau prin crearea de fenomene morbide, sau prin abolirea trecătoare a unor atari fenomene. In categoria întâia avem: sincopa cardiacă, sincopa respiratorie, oprirea nutrițiunii, congestia unui organ. In a doua categorie: întreruperea tusei, a sughițului, căscatului, strănutului, a tremurăturilor, a durerilor nevralgice.

Moartea e efectul fulgerător al inhibiției complecte, fie că aceasta interesează în bloc funcțiunile respiratorie, circulatorie și cea a schimburilor nutritive de natură fizico-chimică, fie că interesează numai una din aceste funcțiuni.

Ca să putem conchide la moartea prin inhibiție pură, **trebuie ca la autopsie să nu constatăm nici o leziune organică de natură a explica scena finală, adică diagnosticul să fie unul de eliminare a oricărei cauze de ordin anatomo-patologic. Deci, trebuie să ne găsim în prezența unui astfel de traumatism ca efectul lui, la examenul necropsic, să nu se traducă nici prin hemoragie, nici prin distrugerea unui organ important, nici măcar printr'o rană** exterioară de oarecare importanță (*Mina Minovici:* „Etude médico-legale de la mort par inhibition, à la suite des coups sur l'abdomen et le larynx", Paris 1888). De exemplu: un individ, cu preexistente *leziuni cardio-vasculare,* moare fulgerător în urma unui ușor traumatism fizic. E de netăgăduit că inhibiția a deslănțuit șocul care a suprimat viața; dar șocul acesta, în atare caz, nu e numai de natură nervoasă ci și de una psichică, pentrucă nu numai excitațiunea pneumogastricului sau a unui alt nerv sensitiv a provocat oprirea inimii și a respirației, *ci și comoțiunea psichică (spaima).* Și, de vreme ce, la autopsie, am notat și vechile leziuni cardio-vasculare, moartea nu mai e pur inhibitorie, ci una pe care trebuie s'o considerăm ca o pseudo-moarte subită.

Dacă, in speță, individul nu era un cardiopat, se putea foarte bine ca inhibiția să fie *definitiv incomplectă* și astfel efectul să fie o simplă sincopă pasageră, de o durată de câteva minute.

Am subliniat *definitiv* incomplectă, pentrucă se prezintă cazuri în cari, deși dintr'untâiu pasager, efectul devine catastrofal după un mai scurt sau mai lung interval liber. Avem atunci o *inhibiție incomplectă cu efect letal tardiv, după trecere de câteva ore și chiar 1—2 zile.* (O observație recentă de moarte tardivă consecutivă inhibiției incomplecte: cade de pe bicicletă și se zdrelește la un genunchiu; in noaptea următoare moare; la autopsie, o veche leziune cardiacă — *Naville,* 1928. Avem aci o *pseudo-moarte subită).*

Explicația:

In acest gen de inhibiție incomplectă, părțile zguduite își reiau temporar funcțiunile, capilarele se dilată, circulația se restabilește, dar nu mai e normală ci exagerată. Și, în chipul acesta, anemiei inițiale îi urmează o congestie, plămânul e interesat și se constitue pneumonia (Demonstrația experimentală cu animalele: moarte tardivă prin inhibiție, 24—72 ore; la autopsie, o pneumonie, în majoritatea cazurilor dublă, interesând vârfurile plămânilor, mai rar partea centrală și baza — *Minovici,* 1888). La om, pneumonia poate fi complicația unui ușor traumatism cerebral: inhibiția provoacă o paralizie vaso-motrice care nu rămâne localizată la arterele centrilor nervoși, ci, prin repercursiune, se produce și la vasele parenchimelor, îndeosebi la acele ale parenchimului pulmonar, unde se constitue staza sanguină și deci congestia pulmonară.

La o moarte tardivă, consecutivă inhibiției incomplecte, vom ține seama nu numai de vechile leziuni organice ci și de fenomenele morbide instalate după traumatismul inhibitoriu: răcirea, resorbțiunea substanțelor toxice la nivelul leziunii traumatice, o septicemie supra-acută.

Caracteristica esențială a morții prin inhibiție pură *e inima destinsă, fără cheaguri sanguine în cavități.*

I. Definiţia

Mărginindu-ne numai la noţiunea timp, inhibiţia realizează tipul ideal al morţii subite. Sub raportul interpretării legale, însă, moartea prin inhibiţie e de cealaltă parte a baricadei: caracterul esenţial al morţii subite pure e de a fi, dacă nu dovedită, cel puţin prezumată naturală; caracteristica morţii prin inhibiţie e aceea de a fi consecutivă unui traumatism fizic ori psichic, deci *condiţionată de o violenţă exogenă neîndoioasă.* Moartea se produce în momentul exercitării traumatismului sau imediat după încetarea lui; iar, *spre a avea pecetea specială a inhibiţiei, trebue ca traumatismul să nu cauzeze leziuni de acelea cari, prin însăş gravitatea lor, să explice întrucâtva suprimarea vieţii.*

Am putea adăuga: *atât în sensul patologic cât şi în înţelesul legal, moartea prin inhibiţie e o formă a pseudo-morţii subite.*

II. Starea predispozantă

Deoarece efectul inhibitoriu nu e constant pentru aceiaş cauză, urmează că şi morţii prin inhibiţie — moarte subită prin excelenţă — trebue să-i atribuim o stare predispozantă individuală, vădită ori tainică, accidentală sau constituţională — predispoziţie analizată la studiul morţii subite în general.

Predispoziţia explică, de exemplu, moartea subită în apă, care, după *Petersen* (1928), e consecutivă unei puternice presiuni expiratoare. Această presiune provoacă, *îndeosebi la persoanele cu inima mică:* o întrerupere a circulaţiei pulmonare şi o acţiune în gol a ventriculului stâng; dispariţia pulsului; anoxemia creerului şi pierderea cunoştinţei, sau o bradicardie extremă prin excitarea pneumogastricului care are de urmare turburarea circulaţiei periferice.

Predispoziţia *copiilor* rezidă în modificările cauzate de rachitism, de status thymo-lymphaticus. La *adolescent* şi la *adult,* predispoziţia trebue căutată în status hypoplasticus.

Vom releva în deosebi rolul glandelor endocrine: *glanda thyroidă* (moarte prin inhibiţie în morbul lui Basedow); insuficienţa sau brusca suprimare a funcţiunii parathiroidiene; insuficienţa funcţională şi afecţiunile hemoragice ale capsulelor suprarenale.

Starea predispozantă poate fi şi cu repetiţie: *Haberda* citează moartea succesivă a câtorva copii ai aceleiaş femei, pe nedrept acuzată şi urmărită pentru liberucid.

III. Mecanismul

Traumatismul material, de regulă neînsemnat, unic sau repetat, sau traumatismul psichic provoacă moartea prin singura zguduire a echilibrului funcțiunii de inervare. Aceasta și explică de ce inhibiția poate suprima năprasnic viața unui om perfect sănătos, a cărui autopsie să dea un tablou absolut nul sau de mică însemnătate (edem și congestiune pulmonară neaccentuată, câteva echimoze sub-pleurale).

Centrală sau periferică, inhibiția mortală, am spus-o, își are originea într'o excitațiune locală delimitată, îndeosebi a unor zone de susceptibilitate particulară, despre cari vom vorbi la expunerea eventualităților în cari se poate produce acest fel de moarte. Să mai notăm că inhibiția nu e numai efectul unei excitări a înșiși nervilor din zona traumatizată: ea se poate produce și pe cale reflexă: de exemplu, excitarea capetelor nervului laringean superior cauzează oprirea respirației.

1. **Inhibiția periferică** nu dă mai niciodată greș, pentrucă excitația periferică a nervului e aceea care poate atinge maximul de intensitate (legea lui Claude Bernard). Inima se oprește nu în chiar clipa excitării pneumogastricelor, ci în momentul următor, prin influența ce fibrele dela extremitățile acestora o exercită asupra celulelor excitomotrice ale aparatului ganglionar al cordului.

2. **Inhibiția centrală** se notează întotdeauna când iritarea interesează pneumogastricul. Funcțiunea respiratorie e suprimată în chiar momentul în care se produce excitația, adică fie în inspirație, fie în expirație *(Paul Bert)*. Odată cu respirația sunt paralizate și mișcările generale ale corpului, ceeace explică absența aproape totală a oricărei convulsiuni. Moartea nu e nici asfixică, nici sincopală: e vorba de o adevărată siderare a centrilor nervoși.

⁂

Dar, în moartea subită prin inhibiție se poate uneori nota suprimarea simultanee a funcțiunii aparatului circulator și a funcțiunii respiratorie, indiferent dacă excitația pneumogastricului e numai periferică sau numai centrală. Urmează deci că *alături de vagus, există și alți nervi sensitivi, susceptibili de a deveni inhibitori*. Experiențele cu animale au demonstrat, că o durere intensă și neașteptată e capabilă de a opri brusc și în acelaș timp bătăile inimii și mișcările respiratorii.

Insfârșit, moartea prin inhibiție mai poate fi consecutivă unei brușce paralizii vaso-motrice, într'o subită dilatațiune sau constricțiune a pereților arteriolelor și venulelor, din ansamblul organismului, provocând astfel mărirea sau micșorarea lumenului lor. Și astfel se explică sincopele reflexe cari, *prin durata lor*, omoară întotdeauna.

In definitiv, din punctul de vedere al excitabilității neuro-vegetative, după clasificația lui *Laignel-Lavastine* (1929) indivizii pot fi grupați în următoarele patru categorii:

a) **Vagotonicii puri**: cu reflexul oculo-cardiac exagerat și reflexul solar normal.

b) **Hiper-ortho-simpaticii**: reflexul oculo-cardiac negativ și reflexul solar accentuat pozitiv.

c) **Hipersimpaticii** cu toate reflexele vegetative accentuat pozitive.

d) **Hipersimpaticii** cu toate reflexele vegetative pronunțat negative.

In ciclul de 24 ore, hiperexcitabilitatea vagală e maximă în primele ore ale zilei, în somn și pe stomacul gol.

Curba excitabilității vagale arată și influența factorilor cosmici: așa, cu apariția petelor solare coincide și frecvența morții subite și a turburărilor paroxistice în afecțiunile cronice.

IV. Verificarea morții prin inhibiție

Datorită unei excitații sau unei leziuni a nervilor sensitivi, moartea prin inhibiție se poate uneori demonstra prin semne particulare notate la examenul cadavrului. E vorba de observațiunea, pentru întâia oară făcută de *Brown-Séquard:*

1. In moartea subită prin iritarea energică a pneumogastricului, a măduvei cervicale sau a marelui simpatic abdominal, *porprietățile vitale de inervare și de contractilitate ale țesuturilor durează vreme mai îndelungată ca după celelalte feluri de morți* (îndeosebi moartea prin asfixia evidentă și confirmată ori prin hemoragia violentă).

2. *Rigiditatea cadaverică* apare mai târziu și e de o durată mai mare ca în moartea precedată de o luptă agonică.

Dar aceste două proprietăți nu se mai pot constata, de îndată ce s'a scurs un prea lung interval între momentul morții și acela al expertizei medico-legale.

In genere, elementele hotărîtoare pentru diagnosticarea morții prin inhibiție sunt: a) *anamneza* pentru individul al cărui examen necropsic e, în ce privește leziunile organice, complect negativ; b) *prezența unor leziuni organice, independent de gravitatea lor,* grație cărora șocul inhibitoriu a putut juca rolul agentului de deslănțuire catastrofală, prin oprirea circulației și a respirației.

Prin anamneză căutăm să stabilim dacă moartea a fost precedată de: un traumatism cât de neînsemnat interesând peretele exterior al laringelui; o sincopă la începutul anesteziei generale ori numai locale; respirarea gazelor deletere din haznalele latrinelor; un cât de neînsemnat traumatism în regiunea abdominală sau epigastrică; o intervenție ginecologică, manopere abortive cari n'au lăsat urme; un traumatism interesând genitalele masculine, sfincterul anal; un puternic traumatism psihic; starea de digestiune în momentul în care individul a murit subit în apă.

Fie că sunt ori nu elemente anamnezice, autopsia sistematică și complectă e cel mai prețios îndreptar al expertului. Examenul cadavrului ne permite să stabilim, dacă înainte de moarte s'a practicat asupra individului o injecție proteină sau cristaloidă, care ne dă cheia șocului anafilactic, peptonic sau hemoclazic. (Cu prilejul unei desgropări în județul Gorj, grație identificării urmei unei injecții intravenoase la îndoitura cotului — înțepătură al cărei caracter vital a fost demonstrat — am putut conchide la moartea prin inhibiție consecutivă șocului anafilactic — *Minovici*, 1928).

Pe de altă parte, se poate, de exemplu, nota: *stigmatele para-*

liziei progresive (in care inhibiţia e consecutivă unei zguduiri a bulbului, efect prin repercursiune al traumatismului interesând gaura ocipitală, arcul atlasului, apofisa odontoidă); *tabesul, marasmul senil, hidrocefalul senil, arterio-scleroza, hipertrofia prostatei, hemoragia cerebrală* (ventriculară şi cerebeloasă) la bătrânii poliscleroşi, *persistenţa sau hipertrofia thymusului.*

Se examinează pe rând:

1. **Capul şi cavitatea craniană.**

2. **Gâtul** (examenul *in situ*): laringele, trachea-arteră, esofagul, pachetul vasculo-nervos, vertebrele. O plesnitură cât de mică poate fi esplicaţia unui edem laringean instantaneu, cu asfixie fulgerătoare.

3. **Toracele şi cavitatea toracică:** iritaţia mucoaselor căilor respiratorii superioare (prin aspiraţia conţinutului stomacal, obturarea incompletă a tracheei): excitaţia pleurei (thoracenteză, pneumotorax): starea inimii starea sistemului vascular (dilataţie, strâmtare, hipoplazie congenitală, tromboze, embolii).

4 **Sângele:** resorbţiunea substanţelor septice.

5. **Abdomenul şi cavitatea abdominală.** — Deschiderea trebuie practicată ca pentru ovariotomie: se incizează strat cu strat; cele două foi, succesiv desgolite, sunt inspectate cu mare atenţiune. — Examenul organelor din cavitate se face in ordinea următoare: *stomacul* (se caută o echimoză cât de neinsemnată), *ficatul, splina, intestinele, epiploonul, rinichii (rinichiul mic granulos* ajunge spre a explica moartea năprasnică; deasemenea nefrita interstiţială cronică); leziunile *capsulelor supra-renale;* leziunile *genitalelor.*

V. Regiunile susceptibile

Fără a contesta impresionabilitatea particulară a laringelui, a epigastrului şi a organelor genitale, trebue să relevăm că observaţiunile făcute în ultimii patruzeci de ani, atât la Institutul Medico-Legal din Bucureşti cât şi în practica medico-legală din străinătate, arată o înmulţire a numărului zonelor corporale prielnice şocului inhibitor, constituind astfel tot atâtea noduri vitale. Vom trece în revistă toate aceste regiuni pentru cari există observaţiuni concludente:

1. Laringele şi căile aeriene superioare

Punctul de plecare al morţii prin inhibiţie e întotdeauna unic: o iritaţie sau o excitaţie nervoasă consecutivă traumatismului şi în general dureroasă care, prin depresiunea funcţională cauzată, provoacă desnodământul catastrofal. Inhibiţia omoritoare mai poate avea ca sursă prezenţa, în laringe şi în căile aeriene superioare, a unor corpi streini *exogeni* (un bol alimentar, o fasolă, un sâmbure de fruct, o monedă, etc.) sau *endogeni* (ascarizi, segmente de tenia pe glotă, edem al cutelor orificiului laringean, membrane difterice pe orificiul glotei, sânge în faringe, laringe şi trachee, guşa). E absolut indiferent dacă incriminatul corp strein e capabil ori nu să oblitereze căile respiratorii. *(Paul Bert* a demonstrat experimental.

că un câine poate să respire timp de două ore printr'un tub de sticlă de calibrul 2 mm.).

Urmează dar, că numai excitarea centripetă a pachetului de nervi din căile aeriene e singură vinovată de moartea năprasnică, iar nici decum starea asfixică mai mult sau mai puțin pronunțată. Tot prin iritarea mucoasei căilor aeriene superioare se explică moartea subită în unele cazuri de înnec.

Cel dintâiu *Maschka*, prin demonstrația sa într'un caz judiciar, a afirmat posibilitatea morții subite prin șocul inhibitor provocat de un neînsemnat traumatism, unic sau repetat, în regiunea laringee. — La examenul cadavrului nu se notează adesea nici o leziune, externă sau internă. Pentrucă ajunge o lovitură mică, o constricție ușoară a gâtului, o simplă presiune digitală sau o altfel de excitație, exterioară sau interioară, în zona laringee și a căilor aeriene superioare, cu o extrem de bogată rețea nervoasă, pentru ca spasmul glotei să explice moartea. Aceasta mai poate fi consecutivă unui edem glotic, dar numai atunci când acesta e o complicație catastrofală a unei laringite acute, a unei arsuri, a unei umflări a extremităților în variolă, a anasarcului în scarlatină. E de observat, însă, că moartea prin edemul glotei e precedată de: dureri violente, slăbirea vocii până la afonia complectă, dispneea mai mult sau mai puțin accentuată, îndeosebi inspiratorie.

In literatura medico-legala cauzele de moarte fulgerătoare prin inhibiția căilor respiratorii superioare sunt relativ destul de numeroase. Spicuim:

a) Isbit cu gâtul de marginea unei bănci, moare în câteva secunde (*Maschka*).

b) Un băiat de 12 ani și o fetiță de 12 ani mor instantaneu în urma lovirii cu o pietricică în regiunea laringelui (*Maschka*).

c) O bătrână, lovită în glumă, cu degetul, pe mărul lui Adam, moare pe loc (*Tardieu*).

d) O femee moare în momentul unui simulacru de strangulare, tot ca efect al unei glume.

e) O femee moare subit în momentul în care medicul îi atinge laringele cu amoniac.

f) O fată de 16 ani, preparată pentru extirparea amigdalelor, moare subit la 8 minute după badijonarea locală cu o soluție de cocaină 3%. La *autopsie:* status thymo-lymphaticus și modificarea premenstruală a uterului și a ovarelor (*Mețianu-Nandriș* — 1929).

g) Bărbat de 68 ani. In cădere se lovește ușor pe cartilajul tiroid și moare pe loc (*Minovici* — 1928).

h) Femee de 35 ani. Moare subit în momentul introducerii canulei, în tracheotomie (*Llerena Benito*, 1928).

2. Epigastrul și hipogastrul

Mecanismul morții e acelaș ca în inhibiția pornind dela regiunea laringee. Observațiunile sunt mai numeroase decât pentru zona laringeană, pentrucă regiunea abdominală e și mult mai mare ca întindere impresionabilă. O aluzie la o astfel de moarte subită o găsim deacum în „La vie de Gargantua et de Pantagruel" a lui Rabelais; dar primele demonstrații au fost făcute de Casper, Hofmann, Maschka, Brouardel și Vibert.

S'a pus însă întrebarea, dacă starea de replețiune a stomacului constitue o stare predispozantă pentru deslănțuirea catastrofei. *Răspundem afirmativ*, pentrucă în mai toate autopsiile făcute la Institutul Medico-Legal din București, în atari cazuri de moarte prin inhibiție, am găsit stomacul plin (în perioada de activitate digestivă organul e extrem de bogat în sânge, mucoasa gastrică pare injectată, cu rețeaua vasculară foarte pronunțată).

Inhibiția de origine abdominală mai e favorizată de o afecțiune viscerală preexistentă, nervii organelor splanchnice devenind de o mare hipersensibilitate, sub a cărei egidă se constitue nevralgii hepatice, renale, gastrice, intestinale, etc.

Mai e de notat că în genere impresionabilitatea feței externe a viscerelor — adică fața expusă iritațiunii exogene — e mai mare decât susceptibilitatea feței interne a acestora, adică a mucoasei organului respectiv.

Indeosebi în ce privește regiunea epigastrică, moartea prin inhibiția pură e rezultanta fulgerătoare a iritării și excitării plexususurilor nervoase dela nivelul acestei regiuni: pe cale reflexă se produce oprirea inimii și a respirației, o strâmtare a arterelor creerului și ale măduvei prelungite.

Observațiile verificate și concludente sunt numeroase. Spicuim din literatura streină:

a) Doi băeți se încaeră: unul din ei primește o lovitură de pumn în abdomen și cade trăsnit, expirând după câteva minute. *Autopsia* negativă *(Maschka).*

b) Un birjar voinic e lovit cu latul unei vâsle la nivelul stomacului: se prăbușește și moare în câteva secunde. La *autopsie:* numai o minimă revărsare sanguină, de mărimea unei vechi piese de 5 lei, cu sediul în plexusul solar *(Maschka).*

c) In cursul unei certe, un căruțaș e lovit cu coada unei sape în regiunea epigastrică; moarte instantanee. *Autopsia* nulă: nici măcar urmele contuziunii pe tegumente *(Maschka).*

d) Brouardel, deși constată la un cadavru leziuni destul de grave (fractura maxilarului inferior și luxația coapsei drepte), dar insuficiente spre a explica moartea năprasnică, nu ezită să conchidă, numai din faptul că substanțele alimentare din stomac erau pe cale de digestiune, că sfârșitul letal e datorit exclusiv loviturii primite în regiunea epigastrică.

e) Un tânăr de 17 ani sucombă instantaneu unei lovituri căpătate la nivelul cecumului. *Autopsia:* o mică revărsare sanguină în regiunea lombară (consecutivă căderii corpului pe spate) și două echimoze mici pe cecum — singura leziune anatomică datorită direct traumatismului inhibitor *(Vibert).*

f) O femee sucombă sincopei consecutive unei lovituri pe abdomen. *Autopsia:* stomacul în plină digestiune *(Marévely).*

g) O infirmieră, cu stomacul plin, se lovește ușor de clanța unei uși, în regiunea epigastrică. Cade ca trăsnită. *Autopsia:* o mică echimoză subcutanată *(Marévéty).*

h) Un plugar, pe când ridica o greutate, e lovit în glumă cu latul palmei la nivelul stomacului. Moarte instantanee. La *autopsie*, nici o leziune consecutivă violenţei *(Astley Cooper).*

i) In vreme ce se jucau, un băiat de 12 ani dă tovarăşului său (de 14 ani) o lovitură de picior pe epigastru: moarte fulgerătoare. La *autopsie* nici măcar o echimoză pe peretele abdominal *(Brouardel).*

j) O puncţiune peritoneală cu evacuarea prea rapidă a revărsării ascitice, provocând o durere bruscă şi violentă, poate cauza moartea sincopală, prin anemia acută.

k) Ingerarea unei mari cantităţi de băutură foarte rece, pe stomacul gol şi cu trupul încins (după un mare efort fizic, alergare, etc.) poate, prin iritarea mucoasei gastrice, să provoace inhibiţia mortală.

* * *

Dintre observaţiunile făcute la Institutul Medico-Legal din Bucureşti, cităm numai pe cele mai recente:

1. Copil de 11 ani. E lovit cu o piatră în abdomen. Moarte trăsnitoare. *Autopsia:* stomacul plin: nici o leziune organică.

2. Băiat de 14 ani. In încăerarea cu un alt băiat e lovit cu piciorul în pântece şi moare instantaneu. Absenţa oricărui antecedent. *Autopsia* (atât examenul extern cât şi cel intern) negativă; stomacul conţine resturi alimentare

3. Un tânăr viguros de 21 ani e lovit cu o piatră în abdomen; nu mai are vreme decât să ducă mâna la epigastru şi cade trăsnit. *Autopsia* negativă: stomacul plin.

4. Un băiat de 15 ani. In timpul jocului, un alt băiat îl loveşte peste abdomen. Moare pe loc. *Autopsia* negativă (1929).

5. Adult. Lovit cu o piatră pe epigastru. *Autopsia* negativă (1930).

6. Băiat de 12 ani. O lovitură de pumn în abdomen. *Nici o leziune anatomică* (1926).

7. Moartea în câteva minute prin tracţiunea violentă a ventuzei aplicate pe abdomen. *Autopsia* negativă 1928).

3. Organele genitale

I. **La bărbat.** — *a)* Un traumatism interesând *testiculele* poate ori nu cauza moartea subită prin inhibiţie, care e în funcţiune nu numai de intesitatea durerii ce provoacă, dar şi de starea constituţională a individului. Aşa, e observaţia clasică a lui *Vidal:* un individ, cu unul din testicule aproape complect strivit de o violentă contuziune, poate totuş chiar de a doua zi să reia lucrul.

Dar avem şi observaţii concludente, făcute la *Institutul Medico-Legal din Bucureşti,* dintre cari semnalăm următoarele:

1. Bărbat de 50 ani. In timpul unei certe cu soţia sa, aceasta îl loveşte cu un băţ pe testicule. Cade trăsnit şi moare pe loc. *Autopsia:* hemoragie în bursa testiculară care nu prezintă nici o rană; nici o altă leziune anatomică mai recentă ori mai vechie.

2. Adult. Lovit cu piciorul în testicule (1922). Alt adult (1927). *Nici o leziune automică.*

3. Tânăr de 21 ani. In urma unei loviri cu un băţ peste testicule moare pe loc. *Nici o leziune anatomică* (1924).

b) Moartea subită prin inhibiţie se poate nota şi în cateterismul uretrei (moarte tardivă prin inhibiţie, cu simptome febrile, la câteva ore după cateterismul forţat al unei uretre strâmte — *Richter*).

II. La femee. — *a)* La o femee, însărcinată ori nu dar cu leziuni ale uterului sau ale anexelor, simpla explorare vaginală făcută de medic poate determina moartea fulgerătoare prin inhibiţie.

b) O injecţie în uterul unei femei (gravidă ori nu) poate provoca inhibiţia mortală, prin pătrunderea lichidului în sistemul circulator (se produce hemoliză, intoxicaţie) şi prin pătrunderea aerului in ţesutul celular parametrian (embolie gazoasă).

c) O simplă injecţie vaginală, făcută cu o prea mare presiune şi cu un lichid ori prea cald ori prea rece, poate cauza accidentul inhibitoriu.

d) Simpla atingere a colului uterin poate, cauza, pe cale reflexă, moartea fulgerătoare.

Cu prilejul examinării unei femei, la scoaterea speculumului colul uterin a fost prins între cele două valve. S'a produs o inhibiţie trecătoare de o durată foarte mare: a fost nevoie de două ore pentru readucerea la viaţă a femeii (*Minovici*).

e) Practicele abortive, chiar cât de anodine, pot provoca şocul mortal, manifestat prin leşin şi pierderea cunoştinţei.

4. Ceafa

a) Observaţia clasică a portarului din Aberdeen: studenţii, ca să-l sperie, l-au legat la ochi şi, ducându-l într'o cameră întunecoasă, i-au anunţat că i-a sunat ceasul din urmă. După ce-l aşezară cu gâtul pe un trunchiu de lemn, unul din studenţi, făcând pe călăul, l-a lovit în ceafă cu muchia unei linii. Gluma avu un sfârşit tragic: portarul, care trecuse printr'o spaimă uşor de conceput, muri imediat după aplicarea anodinei lovituri.

b) Băiat de 15 ani. Lovit pe ceafă cu un băţ. Cade cu faţa in jos şi rămâne mort. *Autopsia:* nici o urmă de violenţă nici chiar in regiunea cefei; nici o leziune organică, inclusiv cordul. Peste tot sânge lichid. Ischemie cerebrală (*Institutul Medico-Legal din Bucureşti*).

c) Ţărancă. In cursul unei certe cu bărbatul ei, acesta o loveşte cu pumnul in ceafă. Se prăbuşeşte şi moare. Autopsia: nici o urmă de violenţă; nici o leziune anatomică. (*Minovici*, 1929).

d) Femee. O lovitură de pumn in ceafă (*Minovici*, 1924). O altă femee (*Minovici*, 1928). Autopsia: *nici o leziune anatomică.*

e) Femee. Lovită cu pumnul in occiput şi ceafă. Autopsia: *nicio leziune anatomică* (*Minovici*, 1923).

5. Mamelele

Un caz de moarte prin inhibiţie înregistrat în 1929 la Institutul Medico-Legal din Bucureşti.

Ţărancă voinică, însărcinată în a 5-a lună. Lovită cu pumnul in mamela stângă, cade şi moare pe loc. Ereditatea şi antecedentele personale nule. *Autopsia:* nici o urmă de violenţă exterioară: nici o leziune organică. Cordul in diastolă.

6. Toracele

a) Adult. O lovitură de pumn (*Minovici*, 1926).

b) Copil de 10 ani. Lovit cu mingea în regiunea precordială (*Minovici*, 1927).

c) Adult. O lovitură de pumn în regiunea xifoidă (*Minovici*, 1929).

d) Copil. Lovit cu o peatră în piept. Moartea în 5 minute (*Minovici*, 1929).

e) Adult. O lovitură de picior în coaste (*Minovici*, 1930).

7. Faţa

a) Un băiat primeşte o pereche de palme; se prăbuşeşte şi instantaneu moare. *Autopsia*: nici o leziune anatomică (*Wacholtz*).

b) Beat. Cade şi se loveşte la frunte. La autopsie: *nici o leziune anatomică*. (*Minovici*, 1926).

8. Anusul

Femee de 31 ani. Fisuri anale. E aşezată pe masa de operaţie şi, în momentul în care i se introduce speculumul anal, are o sincopă mortală. Nimic ereditar; absenţa antecedentelor personale. *Autopsia*: nici o leziune organică (*Institutul Medico-Legal din Bucureşti*).

9. Puerperalitatea

Moartea prin inhibiţie în timpul cloroformizării. La autopsie nu se găseşte nici o leziune anatomică.

10. Intervenţia chirurgicală

a) Cazuri de moarte prin inhibiţie în cursul *tracheotomiei*: sincopă cardiacă sau bulbară (*Merceli*, 1927).

b) Caz de moarte prin inhibiţie cu ocazia *apendectomiei* (*Steinthal*, 1927).

c) In *puncţia lombară*, evacuarea prea rapidă a revărsării, provocând o durere bruscă şi violentă, poate cauza o sincopă.

11. Gura, nasul

Din cauza impresionabilităţii deosebite a capetelor nervului trigemen, şocul inhibitoriu se poate produce în unele cazuri.

12. Urechea

Adult: Lovit cu braţul peste urechea stângă. — Autopsia: *nici o leziune anatomică* (*Minovici*, 1929).

13. Alcoolismul

Orice regiune a corpului e susceptibilă ca, sub influenţa alcoolului, să devină loc prielnic inhibiţiei.

Cazuri de moarte prin inhibiţie cauzate de traumatisme uşoare interesând toracele, capul şi restul corpului, inclusiv membrele; chiar numai punerea cătuşelor şi a lanţurilor pot cauza, la un alcoolic în stare de delirum tremens, colapsul, moartea.

14. Comoţia cerebrală

a) Zdruncinarea dela distanţă, produsă de o explozie, are de efect o adevărată percuţiune a elementelor nervoase cerebrale şi provoacă astfel șocul inhibitoriu, fără ca în schimb să se noteze vre-o leziune anatomică externă sau internă.

b) Comoția inhibitoare rezultând din decompresiunea atmosferică (la persoanele cari lucrează sub apă, la revenirea lor la suprafață): moartea e pur inhibitoare *atunci când, la autopsie, nu se notează nici o leziune anatomică.*

15. Traumatismul psichic

Spaima, iritația cauzată de o amenințare, pot pricinui moartea năprasnică. Rară la tineri, inhibiția catastrofală devine tot mai frecventă pe măsură ce crește și vârsta; femeea e mai susceptibilă decât bărbatul; îndeosebi susceptibile sunt persoanele predispuse la nevroze sau psichopatii, vagotonicii. — Moartea în inhibiția psichică se produce prin oprirea inimii, consecutivă unei excitațiuni excesive a nervilor acesteia și unor reacțiuni motrice (sporirea tensiunii arteriale) și umorale (hiperglicemie și hiperadrenalinemie).

I. Observațiuni din literatura medico-legală streină

a) Moartea instantanee a unui copil la vederea unei stafii imaginare — un om travestit ca atare *(Taylor).*

b) Moartea fulgerătoare a unui om în momentul când *gardistul îl surprinde defecând în stradă (Hofmann).*

c) Frica pricinuită de *apropierea agresivă a unui alcoolic* ucide o femee *(Hofmann).*

II. Observațiuni făcute la Institutul Medico-Legal din București

Dintre cele mai recente, cităm:

a) Mai mulți copii culegeau frunze într'o pădure al cărei acces era interzis. *Apare pădurarul care, amenințător, se'ndreaptă spre ei.* Copiii o iau la goană: ca la o sută de metri, o fată de 15 ani se prăbușește și moare pe loc. — La autopsie: nici o leziune macroscopică interesând inima, plămânii, ficatul, splina, rinichii.

b) Femee de 45 ani, necăsătorită. La 21 Mai 1929 s'a ințepat la indexul stâng; s'a format un panariciu care, grație tratamentului, mergea spre vindecare. In ziua de 26 Mai se duce la medic pentru schimbarea pansamentului; în timp ce doctorul își căuta instrumentele, femeea își desface singură vechiul pansament; deodată i se face rău și se prăbușește moartă. — *Autopsia* negativă. Nimic ereditar; absența antecedentelor personale, atât că era o fumătoare pătimașă.

c) O fată de 17 ani. Spaima cauzată de acostarea unui grup de derbedei (1924).

d) Adult. Groaza pricinuită de înaintarea vertiginoasă a unui automobil, în vremea când traversa strada (1930).

16. Cauza mixtă (traumatism fizic și șoc psichic)

Observație făcută la Institutul Medico-Legal din București:

Fată de 16 ani, inteligentă și cu studiile secundare aproape terminate. Constituție robustă, bine desvoltată. N'a fost nici odată bolnavă. Primul copil al unor părinți perfect sănătoși. Menstruată la 13 ani și de atunci period normal (2—3 zile).

Intr'o zi varsă din nebăgare de seamă, pe mâna stângă, acid fenic concentrat arsuri profunde pe întreaga mână. E apucată de dureri atroce, constricțiuni ale gâtului, spasm al glotei; nu mai poate respira, nici vorbi și moare în câteva minute.

Autopsia: în afară de semnele asfixiei acute cu edem al glotei, nici o altă leziune anatomică.

Moartea, după părerea noastră, a fost consecutivă inhibiției mixte: durerea violentă a arsurii și spaima.

VI. **Pseudo-moartea subită**

Un loc intermediar între moartea subită caracterizată și moartea prin inhibiție pură îl ocupă o formă care, prin elementele ei necropsice, se apropie de moartea subită, iar prin imprejurările în cari se produce aduce cu moartea prin inhibiție. E ceeace numim pseudo-moartea subită:

1. are caracterul năprasnic al morții subite, dar îi lipsește caracteristica esențială — *nu e o moarte naturală;*

2. are caracterul inhibitoriu *(existența neîndoioasă a traumatismului),* dar *nu* îndeplinește condițiunea esențială de a *nu* se fi produs pe un teren dinainte slăbit: *preexistă leziuni anatomo-patologice.*

Vom califica dar pseudo-moarte subită *orice moarte* **aparent** *inhibitorie, provocată la un individ* **la al cărui examen necropsic notăm leziuni anatomice vechi susceptibile de moartea subită.**

Să documentăm această definiție prin câteva din observațiunile făcute:

1. Băiat de 17 ani. Jucând cu alții capra, cade, se lovește pe abdomen și moare pe loc. — La autopsie: un kist hidatic al inimii stângi.

2. Adult. Lovit cu o trăgătoare peste abdomen. La autopsie: o degenerescență grăsoasă a inimii.

3. Fetiță de 7 ani. In alergare, cade și se isbește pe abdomen. Imediat e apucată de greață, vărsături și dureri abdominale. Până s'o culce mama ei în pat, moare. *Autopsia:* nici o urmă exterioară a contuziunii suferite: ruptura unui kist hidatic al ficatului de mărimea unui ou de gâscă; peritoneul foarte puțin injectat, iar în seroasă numeroase hidatite și vreo 50 cc. de lichid citrin *(Minovici,* 1929).

4. Un bărbat voinic, de 50 ani, e înțepat la față de o viespe: moare în câteva minute. — La autopsie: o dilatare a inimii și adipozitate generală *(Huguenin,* 1927).

5. Adult. Alcoolic. O palmă peste față îl doboară. — La autopsie: scleroza generalizată, aterom al aortei descendente și al crosei aortice *(Minovici,* 1923).

6. Adult. Moartea pe loc în urma unei palme peste față. — La autopsie: arterio-scleroză generalizată, miocardită *(Minovici,* 1930).

7. Un automobil, în care se găsia o pereche, e oprit pe șosea de doi indivizi înarmați cu revolvere. Femeea, de spaimă, moare. — La autopsie: rinichi kistici, degenerare grăsoasă a inimii (455 gr.), hipertrofia ficatului — 2.100 gr. *(Etienne Martin,* 1929).

8. Fetiță de 7 ani. Cade cu fața în jos și se lovește pe pântece. — *La autopsie:* din doi echinococi prezenți pe ficat, unul s'a spart iar lichidul s'a evacuat în cavitatea peritoneală, provocând un șoc nervos care a cauzat moartea în câteva minute (*Minovici*, 1923).

9. Sătean de 65 ani. *In cursul unei certe violente* cu un consătean *și fără a fi lovit*, se prăbușește și moare. — *La autopsie:* simfiza cardiacă totală.

10. Bărbat de 47 ani. Beat, cade și se isbește de o piatră: o rană de 4 cm., interesând numai o parte din grosimea pielei și cu o sufuziune sanguină, la frunte, deasupra sprincenei drepte și paralelă cu aceasta. — *La autopsie:* afară de această rană nici o altă leziune externă: pericardul plin cu sânge închegat; inima încărcată cu multă grăsime; miocardul, de culoarea frunzei veștede și mărit de volum, prezintă pe partea anterioară a ventriculului stâng o ruptură în apropiere de vârf. — *Examenul histologic* — degenerescența grăsoasă a miocardului (*Minovici*, 1929).

PARTEA III-a

DUPĂ MOARTE

INMORMÂNTAREA ŞI INCINERAREA

Vorbind despre verificarea morţii, am arătat că, înainte de scurgerea primelor 36 ore, nu e îngăduită nici o intervenţie a mânii omului asupra cadavrului. In tot acest interval sunt interzise: mulajul, imbalsamarea, autopsia şi înmormântarea sau incinerarea; dar şi după trecerea termenului regulamentar, nici una din aceste operaţiuni nu poate fi practicată fără o autorizaţie specială.

1. In ce priveşte autopsia, nu mai revenim, pentrucă ea e pe larg tratată in volumul I al tratatului.

2. Imbalsamarea

Aceasta are de obiect fie conservarea trecătoare, fie una indelungată a cadavrului. Ea consistă in injectarea corpului cu soluţiuni antiseptice şi insecticide, in spălarea tegumentelor cu atari soluţiuni, in astuparea orificiilor şi umflarea cavităţilor cu vată muiată in lichide desinfectante (soluţii de acid fenic, acid salicilic, etc.).

a) *Provizorie*, imbalsamarea are de scop numai preintâmpinarea desvoltării gazelor putrefacţiei inainte de inhumare sau incinerare, amânată din diverse consideraţiuni.

b) *Definitivă*, imbalsamarea asigură conservarea prelungită a cadavrului — durată cu atât mai mare cu cât mai conservativă e soluţia bactericidă şi insecticidă intrebuinţată şi cu cât mai desăvârşită e priceperea operatorului.

Pentrucă, ţinem să se ştie că imbalsamarea, ca orice specialitate a medicinei, e şi ea o artă. Nu ajunge să posezi o diplomă de medic şi o formulă, pentru ca să fii capabil de a efectua personal sau de a conduce o imbalsamare. Din nenorocire nu numai la noi, dar şi in străinătate lumea încă nu s'a pătruns complect de acest adevăr: de aci cazurile atât de frecvente de împuţire a cadavrelor injectate in ţară sau cari ne sunt aduse de peste graniţă.

Imbalsamarea nu se reduce la simpla spălare, injectare şi introducerea de tampoane, — de unde uneori uşurinţa de a se încredinţa operaţia unui simplu servitor de spital.

In imbalsamare, pe care am putea-o numi terapeutica mortului, trebue să se ţină seama de numeroşi factori de natură a zădărnici efectul urmărit: conservarea. Şi, dintre aceşti factori, cităm: vârsta, sexul, condiţiunile constituţionale fizice, boala de care a murit individul, gradul de epuizare, prezenţa de leziuni vasculare, prezenţa de cheaguri cari, prin obstrucţia lor, impiedecă difuziunea lichidului antiseptic, etc., etc. Cu alte cuvinte, inainte de a proceda la imbalsamare, trebue să supui cadavrul la un examen amănunţit, spre a stabili gradul lui de susceptibilitate la intervenţia conservatoare, spre a lua măsurile de precauţiune necesare şi spre a doza substanţele din formula adoptată.

Practica îmbalsamării e îngrădită de următoarele restricţiuni:

I. Nici o îmbalsamare nu e permisă înainte de constatarea neîndoioasă a cauzei morţii, fie pe baza unui simplu examen extern concludent, fie pe temeiul constatărilor făcute în urma unui complect examen necropsic.

II. Imbalsamarea va fi făcută personal de un medic sau de un ajutor al său, însă sub directa lui supraveghere şi după indicaţiunile date de el.

III. Medicul, care a practicat sau a condus operaţia îmbalsamării, e obligat ca, pentru eventualitatea unei expertize ori contra-expertize medico-legale, să conserve, pecetluite, părţi din substanţele utilizate. Printre aceste substanţe nu pot, în nici un caz, figura arsenicul, zincul, mercurul (vreuna din sărurile acestor toxice). O cantitate din soluţia antiseptică întrebuinţată la îmbalsamare se va pune, într'o sticlă ermetic închisă, în cosciug, tot în vederea unei eventuale expertize ori contra-expertize.

3. **Mumificarea** — prin uscarea cadavrului — este şi ea formă a conservării indefinite (Muzeul Institutului Medico-Legal din Bucureşti posedă un cadavru mumificat la Institut).

4. Transportul cadavrului

a) Când e vorba numai de *transportul dela domiciliu la cimitir* (în localitate sau în comunele din apropiere), putrefacţia e întârziată prin depunerea, pe fundul cosciugului, a unui strat de rumegătură de lemn, stropită cu acid fenic.

b) Atunci însă când e vorba de transportat un cadavru în cuprinsul aceluiaş judeţ, dintr'o plasă în alta, e nevoie de autorizaţia scrisă a prefectului districtului. — Cadavrul urmând să fie adus într'un oraş, e neapărat necesară o încuviinţare din partea consiliului de higienă al localităţii unde s'a produs decesul.

c) Nici un cadavru nu poate fi transportat *dintr'un judeţ în altul, din România în altă ţară sau din străinătate în România, fără un paşaport special*, în care să se arate precis cauza morţii.

d) Nu se permite *ieşirea din* sau *intrarea în ţară* a cadavrelor cari n'au fost în prealabil îmbalsamate şi aşezate în sicrie ermetic închise.

e) Sicriul. — I. E formal oprit de a se transporta cadavrele în *cosciuge cari n'au fost închise* înainte de scoaterea morţilor din locul de expunere.

Dacă individul a murit de o *boală epidemică*, cadavrul se va desinfecta, înfăşurându-l în cearşafuri ori pânză muiată într'o soluţie fenicată. Capacul sicriului va fi ţintuit.

II. La transportarea unui cadavru *în cuprinsul aceluiaş judeţ*, sicriul va fi ermetic închis şi căptuşit cu un strat, gros de 3 cm., de bumbac sau câlţi îmbibaţi cu o soluţie concentrată (5%) de acid fenic; un strat la fel va acoperi cadavrul; e preferabil ca sicriul să fie căptuşit cu tablă.

III. Transportarea unui *cadavru dintr'un judeţ într'altul* nu e îngăduită decât cu prealabila injectare şi numai în sicriu masiv căptuşit cu zinc sau tablă şi ermetic închis. Sicriul va fi legat şi pecetluit de serviciul sanitar al localităţii de pornire.

IV. Cadavrul îmbalsamat, care urmează să iasă din ţară, va fi neapărat pus într'un sicriu dublu: cel interior va fi de metal, cu capacul şi toate încheieturile bine lipite. — Sau: cadavrul e aşezat într'un sicriu de stejar ermetic închis, pus la rândul lui într'o ladă solidă de lemn, căptuşită cu zinc şi legată cu cercuri de fier. — In nici un caz nu e îngăduit să se bată cuie cari, perforând sicriul metalic sau căptuşeala metalică a lăzii fac ca sicriul să devină permeabil pentru aer.

f) Vehiculul. — Cadavrele nu pot fi transportate decât cu dricuri sau trăsuri speciale. — Indeosebi în oraşe, e riguros interzis de a se transporta cadavrelor in căruţe, cară, camioane, trăsuri, taximetre sau autobuze.

Trăsurile speciale vor fi astfel construite, ca preotul şi presoanele cari însoţesc sicriul să nu vie în direct contact cu acesta.

I. Inhumarea

1. Termenul

Dispoziţiunile legale cu privire la înmormântare sunt cuprinse în *art. 103* al legii actelor de stare civilă din 21 Februarie 1928; în art. 3—12 al regulamentului de inhumare şi în art. 284—286 c. p.

I. Nici o inmormântare nu se poate face înainte de scurgerea termenului de 36 ore dela moarte, fără o prealabilă verificare a decesului (vezi: vol. I, pag. 179) şi fără autorizaţia scrisă a ofiţerului stării civile. Formalităţile acestea sunt de rigoare şi pentru copiii născuţi-morţi.

II. Inainte de împlinirea celor 36 ore e interzisă: îmbrăcarea corpului, acoperirea feţei (afară de o gază foarte străvezie şi permeabilă la aer), legarea sub fălci.

Iarna se va face foc în soba din camera în care zace corpul, spre a se grăbi apariţia semnelor putrefacţiei, care constitue dovada indiscutabilă a morţii reale. Dimpotrivă, tot iarna, nu se vor deschide ferestrele, ca nucumva, sub acţiunea frigului, eventuala moarte aparentă să facă loc celei reale.

Dacă moartea e datorită unei boli infecţioase, înmormântarea se poate face înainte de 36 ore, însă cu avizul conform al serviciului sanitar al localităţii şi pe baza atestaţiunii medicului verificator c'a înregistrat semnele neîndoioase ale morţii reale.

Inmormântarea unui cadavru nedeclarat sau necunoscut şi chiar intrat deacum în putrefacţie nu se poate face decât cu încuviinţarea parchetului, după ce *(conform art. 43 c. pr. p.)* se va fi procedat la autopsia medico-legală. De o atare încuviinţare e neapărată nevoie şi ori de câte ori moartea pare suspectă.

In comunele rurale unde nu există medici verificatori, primăria locului nu trebue să elibereze autorizaţia de înmormântare decât după apariţia petei verzi a putrefacţiei.

Cu privire la intervalul dintre moarte şi înmormântare (eventual incinerare) care la noi e de 36 ore, avem de observat că pe când în Franţa e redus la 24 ore, în Germania, dimpotrivă, e mărit la 48—72 ore. In Spania şi Portugalia mortul e îngropat chiar înainte de a prinde să se răcească deabinelea: în 6—8 ore. Aceasta a făcut pe un călător francez să facă reflecţia: „Dans ces pays il ne faut pas dormir trop longtemps".

In antichitate intervalul era de câteva zile: 6—7 zile la Roma, 11 zile în Grecia, 14 zile în Egipt.

2. Groapa

a) Fiece cadavru trebue pus în groapă separată. Intre gropi se lasă un spaţiu liber de cel puţin 40 cm. pe laturi şi 30—60 cm. la cap şi picioare.

b) Adâncimea gropii, indiferent de e vorba de cadavrul unui adult sau de acela al unui copil, trebue să fie de cel puţin 1,30 m. *Pentru adult*, lungimea trebue să fie de cel puţin 2 m., iar lărgimea de minimum 80 cm. *Pentru copii*, lungimea şi lărgimea variază după talia cadavrului.

c) Odată sicriul coborît în groapă, pământul aruncat peste el trebue bine bătut.

3. Cimitirul

Inhumarea nu se poate face decât în cimitire, situate la o depărtare de cel puţin 200 metri dela marginea oraşului sau a satului şi pe cât posibil într'o regiune ridicată şi plantată. E oprită înmormântarea în interiorul bisericilor, templelor, sinagogilor sau în curţile acestora; excepţiunea se face numai pentru ctitorii a căror voinţă e de a fi îngropaţi în curtea bisericii.

a) **Sunt cimitirele focare de infecţiune?** — In trecut au fost foarte mulţi higienişti şi sunt şi astăzi, partizani ai cremaţiunii, cari au denunţat cimitirele ca un pericol permanent de infecţiune. S'a susţinut şi se mai susţine, însă cu mai puţină tărie, pedeoparte că emanaţiunile gazoase ale cimitirelor pot determina epidemii în vecinătate, pe de alta că, pe calea infiltraţiunii subterane, pot contamina izvoarele.

Nu vom contesta că nu e exclus ca emanaţiunile de acid carbonic şi de hidrogen sulfurat, provenind din fermentaţiunea putridă, să provoace sporadic accidente. In nici un caz însă nu poate fi vorba de epidemii, cari nu s'au înregistrat nici odată, decând se respectă, pentru groapă, adâncimea minimă de 1,30 m. Dela o atare adâncime, produsele gazoase ale fermentaţiei nu ajung niciodată până la straturile superficiale ale terenului (experienţele pe vremuri făcute de *Ogier* şi *Bordas)*.

Să presupunem, totuşi, că microbii din cadavru ar putea ajunge la suprafaţă. Fi-vor infectate cimitirele? — Intâiu se ştie că numărul germenilor cari *trăesc* suspendaţi în atmosferă e foarte mic, iar dintre aceştia foarte puţini sunt patogeni: aceasta, pentrucă lumina solară împiedecă desvoltarea micro-organismelor. *Arloing* şi *Duclaux*, reluând experienţele lui *Downes* şi *Benut*, au demonstrat: 1) că moartea tuturor microbilor e cu atât mai rapidă, cu cât insolaţiunea e mai intensă: 2) microbii mor mai repede chiar sub o acţiune solară slabă, decât în obscuritate sau la lumina difuză. Moartea microbilor nu e datorită căldurii solare, ci razelor chimice ale spectrului cari determină fenomene de oxidare *(Janowski)*.

Cât despre pericolul legat de desgroparea cadavrelor de persoane moarte de o boală infecţioasă, el nu e real decât în exhumările făcute în primele luni sau în primele săptămâni, dacă e vorba de o boală cu microbi cari fac spori.

Fără temeiu e și teama de contaminare a puțurilor și izvoarelor din vecinătatea cimitirului, prin apa de infiltrație a acestuia. Cercetările făcute de *Bouchardat, Guérard, Faure, Brun, Flech, Carnot, Ogier* (pentru apa din apropierea cimitirelor din Paris, Bordeaux, Geneva, Dresda) au demonstrat că apa din vecinătatea cimitirelor, chiar acolo unde terenul e calcaros, e inodoră, foarte bună la gust, lipsită de materii animale, de oarece materia organică, atunci când străbate până la puț sau izvor, nu se mai prezintă decât în ultimul grad de descompunere posibilă, adică în stare de nitrați. Pentrucă, în definitiv, cum *Schloesing* cel dintâiu a formulat-o, nu există materie organică, oricât de impură ar fi ea, care, sub acțiunea combustiunii lente, din interiorul pământului, să nu fie redusă în acid carbonic, vapori de apă și azot; ceva mai mult, combustiunea subterană e mai perfectă decât cea vie, dat fiind că ea oxidează, arde și azotul, ceeace focul nu poate realiza.

Dar chiar admițând că, în cazul când cadavrele se găsesc îngropate în imediata apropiere de izvoare și astfel produsele solubile ale putrefacției, grație naturii prielnice a solului, au posibilitatea să ajungă până la stratul de apă de băut, această apă nu trebue considerată decât cel mult ca suspectă. E cu putință, anume, ca apa să conțină germeni provenind dela un focar de descompunere și în chipul acesta să devină un mediu favorabil desvoltării ulterioare a germenilor patogeni.

* * *

In concluzie vom face următoarele observațiuni cu privire la pericolul infecțiunii prin îngroparea cadavrelor:

1. Boala nu este un fenomen vag, datorit unor materii putride banale, ci este un fenomen specific, produs al unui micro-organism particular fiecărei boli infecțioase. Acest micro-organism nu provine din materia organică moartă, care s'ar descompune și organiza spre a naște o ființă vie: nu există generațiune spontană în natură; microbul incriminat e ieșit dintr'un germene de aceeaș specie și înzestrat cu aceleași proprietăți.

2. Materia organică, lăsată chiar la suprafața pământului, devine numai decât prada microbilor aerobi cari o distrug, transformând carbonul din ea în acid carbonic, azotul în nitriți și nitrați, iar hidrogenul în amoniac și vapori de apă. Acidul carbonic, generat de germenii aerobi, constitue un mediu gazos neprielnic acestor microbi. In plus, lumina, prin razele ei chimice, grăbește oxidarea materiilor organice. Insfârșit, temperatura pământului e și ea ne-

prielnică unor specii de microbi patogeni (experiențele lui *Fraenkel* pentru bacilul lui Koch și bacilul lui Eberth).

3. Recunoaștem însă, că emanațiunile putrefacției, în anumite condițiuni, pot favoriza o boală infecțioasă determinată: *Malvoz* demonstrase deacum că bacteriile obicinuite ale putrefacției, atunci când pătrund în organism odată cu microbii patogeni specifici, sunt capabili de a agrava infecțiunea și de a grăbi catastrofa. Acest pericol există atunci când emanațiunile putride conțin microbii virulenți ai febrei tifoide și ai holerei, cari sunt foarte rezistenți la acțiunea acidului carbonic generat de aerobi (fapt experimental demonstrat de mult de *Di Mattei* și *Canalis).*

4. In schimb, există agenți ai putrefacției cari paralizează acțiunea unor microbi patogeni: există specii de saprofiți cari întârzie desvoltarea germenului cărbunelui *(Pasteur).*

Cu rezerva dela punctul 4, putem încheia cu însăș concluzia lui *Duclaux* („Le microbe et la maladie"): „Microbii sunt marii și aproape unicii agenți ai higienei globului; ei fac să dispară, mai repede de cum o fac câinii din Constantinopole și fiarele, cadavrele a tot ce a fost insuflețit. Microbii ocrotesc pe cei vii față de morți: ba au un merit și mai mare: dacă mai există ființe vii, dacă viața s'a putut atât de ușor perpetua în cursul sutimilor de secole decând pământul e locuit, aceasta tot acțiunii microbiene se datorește".

b) **Saturarea terenului?** — S'a mai invocat, în contra înhumării și pentru cremațiune, o pretinsă saturare a solului cu materii organice, ceeace cu timpul l-ar face impropriu putrefacțiunii cadavrelor. Argument inoperant în urma experiențelor făcute de *Schuetzenberger* și cari au dus la concluziunea că, într'un teren permeabil pentru aer, combustiunea totală a materiilor organice se face în cel mult 3 ani.

Cadavrele trebue îngropate astfel ca, între ele și nivelul cel mai ridicat al eventualei masse de apă subterană, să existe o distanță de cel puțin 2—3 metri. Aceasta, pentrucă un teren umed împiedică descompunerea totală, favorizând transformarea părților moi în adipoceară. Pe când într'un pământ uscat și permeabil, descompunerea se poate termina în 2—3 ani. Cu cât cadavrul va fi mai în contact cu aerul, prin faptul permeabilității pământului și al porozității sicriului, distrugerea va fi mai repede și mai complectă, ca una ce e realizată de germenii aerobi, de insecte și de criptogame.

Insfârșit, trebue evitat contactul direct al cadavrului cu rumegătura de lemn, cu bumbacul ori cârpe stropite cu antiseptice sau aromatice, cu foi de cauciuc, de carton bituminat, tablă de zinc sau de plumb, pentrucă astfel se împiedică înmulțirea germenilor aerobi și deci se întârzie procesul putrefacției.

II. Incinerarea

Până la noua orânduire pentru actele de stare civilă (legea din 1928), legal nu era recunoscută și reglementată decât înhumarea. Numai cu titlul de excepțiune, în caz de mari epidemii și pe câmpul de luptă, ca măsură higienică, arderea cadavrelor, prin stropirea cu petrol, putea fi încuviințată de serviciul sanitar.

Abea prin noua legiuire (art. 103) incinerarea e pusă pe picior de egalitate cu îngroparea, fixându-se pentru ea acelaș termen (36 ore dela moarte).

Durata necesară pentru acțiunea focului depinde pedeoparte de sistemul cuptorului, pe de alta de puterea calorică a combustibilului întrebuințat: cu un foc intens, distrugerea se desăvârșește într'o oră și ceva; atunci când cuptorul e încins cu lemne, incinerarea durează 3—4 ore, iar cenușa rămasă cântărește, după talia și constituția individuală, între 1,5—2,5 kgr.

Principial, firește, nu putem lua pozițiune contra unui mijloc practic de distrugere excesiv de rapidă a corpului. Un procedeu care nu numai realizează maximul de condițiuni higienice, dar încă dă satisfacție înaltului postulat de libertate în ceea-ce privește dreptul de a dispune de corpul tău după moarte. Drept respectat și in antichitate, încetățenit de civilizația modernă și pe care-l găsim expres formulat, între altele, de legea franceză din 1887 (art. 3): „Majorul sau minorul emancipat poate să determine modul înmormântării sale".

1. Garanțiile

Fără a ne opri la scrupulurile atât de respectabile de ordin sentimental și religios *(Credo ressurectionem mortuorum)* și neexaminând chestiunea decât sub unghiul științei și acela al intereselor societății, nu putem subscrie la cremațiune decât cu crearea tuturor garanțiilor de control din partea justiției.

La noi, deocamdată, incinerarea nu e legiferată decât principial. Ne lipsesc dispozițiunile de aplicare, spre a se evita ca flacăra să șteargă până și urma faptelor medicale în morțile ulterior denunțate ca suspecte. Și nu e vorba numai de bănuiala de otrăvire ci și de cazurile în cari viața e suprimată pe altă cale, iar cei interesați isbutesc să obțină autorizația de ardere a corpului, fără o prealabilă expertiză medico-legală.

Această expertiză nu trebue să îmbrace altă formă decât aceea a unei autopsii complecte, urmată de examenul histologic și bacteriologic, precum și de analiza chimică. Pentrucă, fără a ne gândi să suspectăm știința și bună-credința eventualului medic curant și ale medicului verificator al decesului, sunt, se știe, atâtea forme de moarte violentă cari simulează până la absolută confuzie moartea naturală. Și, de vreme ce cremațiunea ne lipsește de orice posibilitate de cercetare ulterioară, socotim că e în interesul justiției ca, atunci chiar când rezultatul autopsiei e negativ, să se conserve organele necesare în vederea unor cercetări ulterioare.

In consecință și numai din grija de a salvagarda interesele societății, nu subscriem la incinerare decât cu stricta respectare a următoarelor dispozițiuni, dintre cari unele sunt în vigoare în țările în cari cremațiunea e reglementată:

1. *In nici un caz să nu fie îngăduită arderea unui corp neidentificat.*

2. *O dublă atestațiune medicală* (aceea a medicului curant sau, în lipsa acestuia, aceea a unui medic desemnat de justiție, coroborată cu constatările medicului verificator al decesului), *că nici simptomele din timpul vieții, nici semnele exterioare notate după moarte nu dau loc la nici o bănuială de moarte violentă nestabilită prin ancheta judecătorească.*

3. *Autopsia complectă, cu conservarea organelor necesare investigațiilor medico-legale* (examenul histologic și bacteriologic, analiza chimică).

4. *Autorizația de incinerare nu va fi eliberată decât pe temeiul concluziunilor conforme ale raportului medico-legal.*

2. Căutarea otrăvurilor în cenușă

Indeosebi atunci când e vorba de bănuială de otrăvire, partizanii libertății neîngrădite a cremațiunii au obiectat că justiția e înarmată, prin aceea că poate oricând ordona analiza chimică a cenușii. Argumentul e inoperant, din două considerațiuni: 1) nu toate otrăvurile lasă urmă și în cenușă; 2) urmele eventual găsite nu ne pot da decât o orientare calitativă, nu însă și cantitativă.

Din grupul întâiu fac parte toate substanțele toxice de origine organică, la cari se adaugă arsenicul, fosforul și sărurile de mercur. — Din grupul al doilea reținem sărurile de cupru și de plumb.

Astfel că întotdeauna vom fi în neputința absolută de a mai identifica o vastă categorie de otrăvuri.

Ni se va obiecta că sunt substanțe cari rezistă focului până la o anumită temperatură: arsenicul, de exemplu, care nu se sublimează decât dela 500° în sus. Foarte adevărat, dar se uită că, în cuptoarele din crematoriile sistematice, temperatura e cu mult superioară acestei limite de sublimare: 900°—1.300°.

Stăruim în prima noastră concluzie: **singurul mijloc eficace de control nu este și nu poate fi decât o desăvârșită expertiză medico-legală.**

PARTEA IV-a

DIAGNOSTICUL ETIOLOGIC AL FAPTULUI MEDICAL

Crima, imprudența, sinuciderea, accidentul, reale sau simulate, leziunea spontană

Odată constatată leziunea, afecțiunea, moartea și după ce s'a determinat cauza acestora, expertiza medico-legală mai are un obiectiv nu mai puțin important: acela de a lămuri justiția întru calificarea juridică a faptului medical. Cu alte cuvinte, pe temeiul informațiunilor, al cunoștințelor și interpretărilor științifice va diferenția, in măsura posibilității, crima de imprudență, accident ori

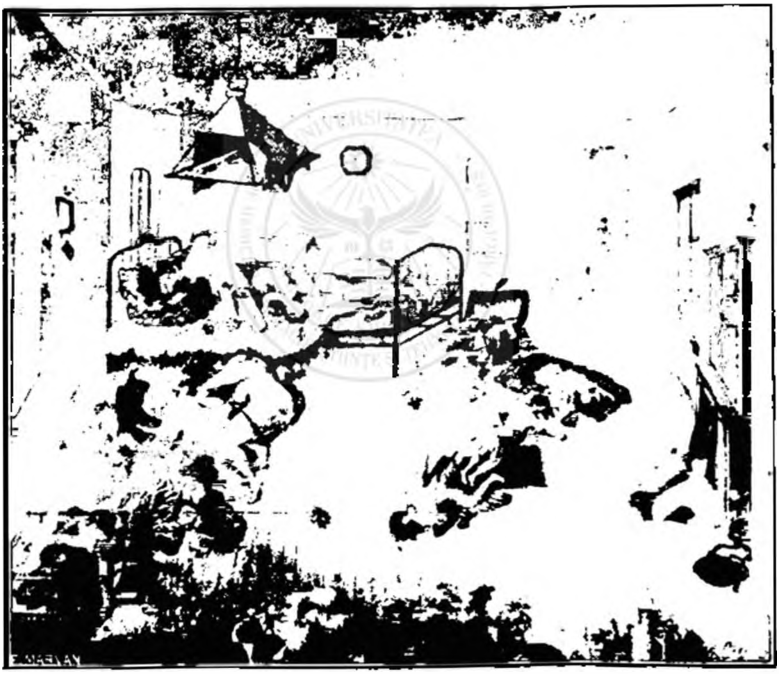


Fig. 241. — Topografia locului crimei: Desen înfățișând schița fotografică a încăperii in care, la 13 Iunie 1896, s-a săvârșit in Calea Moșilor (București) un sextuplu asasinat. Se văd locul și poziția ocupate de cele șase cadavre, precum și dispoziția diverselor obiecte din cameră (Ucigașul sau ucigașii nici până astăzi n'au putut fi descoperiți).

sinucidere, reale sau simulate, precum și de leziunea spontană și moartea naturală. Pentrucă nu o dată se întâmplă ca organele judiciare, în lipsă de elemente certe, să stea nehotărite: leziunea, moartea au ele în adevăr originea pe care o indică declarațiunile celor interesați, mărturiile mai mult sau mai puțin vrednice de crezare, aparențele mai mult sau mai puțin concordante? Ceeace, la prima vedere, se prezintă ca o crimă ar putea nu mai puțin să fie un caz de sinucidere, accident, urmarea unei imprudențe sau chiar o leziune spontană, o moarte naturală. Sau vice-versa. Precum nu e exclus ca de fapt să ne aflăm în prezența unei simulări (înscenare de atentat, sinucidere, accident). Omul artei — precum o arată și exemplele cari ilustrează expunerea tehnicii expertizei, *vol. I, pag.* 352—376 — are chemarea ca, examinând cu atenție locul și faptul medical, să dea cheia enigmei: fost-a cu putință ca, date fiind împrejurările de fapt, considerațiunile de ordin fizic și moral, crima, sinuciderea, accidentul să fie neîndoioase?

1. Crima

La descrierea leziunilor și afecțiunilor, la studiul asfixiilor mecanice și al otrăvirilor, precum și la studiul morții, am indicat posibilitățile de caracterizare a unei crime. In teză generală, oridecâte ori ne aflăm în fața unei persoane, lipsită de libertatea mișcărilor și de puterea de a rezista, cu un cuvânt o persoană la a cărei sănătate și viață se putea atenta prin surprindere, prin superioritatea fizică ori prin ascendența morală, teza crimei, până la proba contrarie, e plauzibilă.

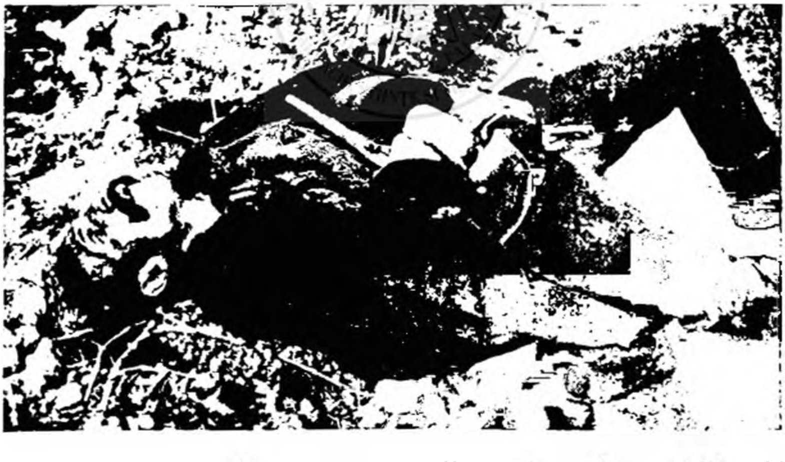


Fig. 242 — Poziția cadavrului pandurului asasinat de un soldat și căruia acesta îi pusese în mână pistolul găsit nedescărcat (vezi pag. 990).

Pentru diferenţiarea crimei de sinuciderea simulată, vezi examenul diverselor leziuni. Ca exemplu de interesul deosebit ce-l prezintă examenul minuţios atât al rănii cât şi acela al corpului şi al instrumentului vulnerant, ne referim la una din observaţiile ce figurează in archiva Institutului Medico-Legal din Bucureşti şi în care se văd notate elementele de diferenţiare a crimei de încercarea de mistificare printr'o pretinsă sinucidere.

Un soldat, înarmat cu o puşcă Mannlicher, surprins pe când fura struguri dintr'o vie, descarcă arma în pândar, omorându-l pe loc. In scopul de a face să se creadă in sinucidere, ucigaşul aşează victima în poziţia indicată de fotografie, cu pistolul între mânile puse pe piept. Examinând rana, am stabilit că ea e făcută de proectilul unei puşti militare. Examinând şi pistolul, am constatat că era cu cocoşul ridicat, dar cu capsa intactă. — Concluziunile raportului de expertiză au înlesnit justiţiei să descopere pe ucigaş.

⁂

Aci vom stărui numai asupra crimelor ale căror victime sunt copiii.

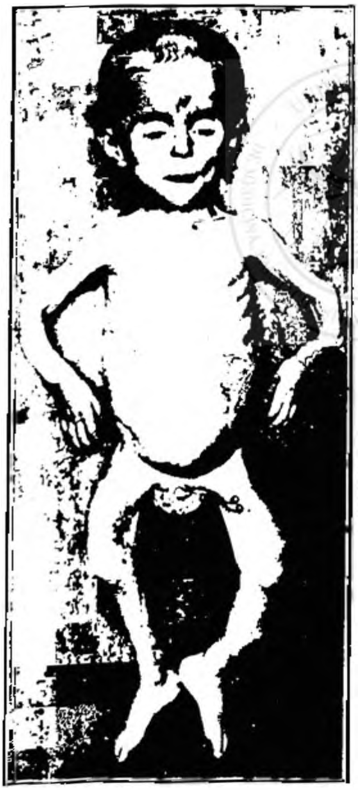


Fig. 243. — Cadavrul unui copil schilodit de tigani

1. Pruncuciderea

Chestiunea e pe larg tratată la capitolul special din prezentul volum.

2. Cruzimile contra copiilor. — Libericidul

E vorba de copiii cu o viaţă extra-uterină de mai mult de trei zile, adică despre acei copii a căror naştere a fost deacum declarată la ofiţerul stării civile, aşa că orice atentat la sănătatea şi viaţa lor nu mai intră în sfera noţiunii de pruncucidere, ci, după legea penală, e socotit crimă ordinară. Noi suntem pentru o înăsprire a sancţiunilor, pentrucă legiuitorul trebue să ţină seama de consideraţiunea că făptaşul, abuzând fie de ascendentul moral, fie de superioritatea fizică, domină întotdeauna victima incapabilă de a se apăra. Inţelegem ca legea să creeze cât mai mari garanţii pentru sănătatea şi viaţa copilului, nu numai în cazurile de escese săvârşite de streini, ci şi faţă de abuzul pe care ascendenţi de sânge îl fac de dreptul lor de control asupra educaţiei minorului. E de datoria societăţii constituite de a lua, în această privinţă, măsuri de ocrotire efectivă şi cât mai eficace cu putinţă, ca să se stârpească odată pentru totdeauna concepţia ruginită despre dreptul părinţilor, educatorilor, patronilor de a administra corecţiuni corporale fiinţelor nevolnice a căror formaţiune le e încredinţată.

E adevărat că art. 277—279 din codul penal în vigoare se ocupă de protecţia copilului mai mic de 7 ani, dar aceasta numai in caz de lepădare a acestuia într'un loc singuratic ori nu. De apărarea, oricât de iluzorie, a minorului până la pubertate nu se pomeneşte, precum nu se pomeneşte de maltratarea copilului sub acoperământul aceluia care-i dă adăpost. Nici proectul modificator al codului penal (art. 468) — care totuşi constitue un progres, pentrucă nu mai limitează vârsta victimei la 7 ani — nu sancţionează cruzimile în general exercitate asupra copilului. Ne trebuie o dispoziţie precisă, cum e cea cuprinsă în partea adiţională a art. 312 din codul penal francez (introdusă prin legea din 19 Aprilie 1898) şi care sună: „Oricine, în mod conştient, prin lovituri pricinueşte leziuni unui copil care n'are 15 ani împliniţi, sau, în chip conştient, îl lipseşte de hrană ori îngrijiri, e pedepsit cu 1—3 ani închisoare şi o amendă de 16—1.000 franci. Dacă maltratarea e durabilă, cu gândul de a omorî, autorii sunt pedepsiţi pentru asasinat sau tentativă de asasinat“.

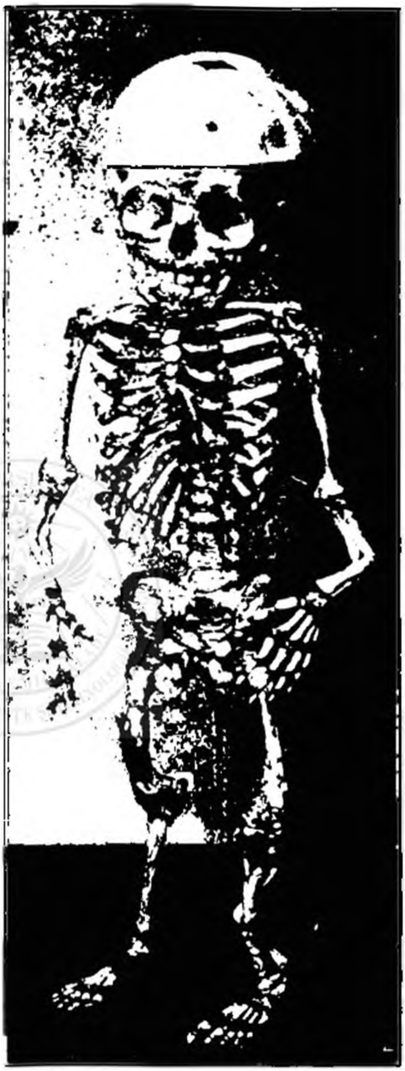


Fig. 244. — Scheletul copilului schilodit de ţigani (vezi clişeul no. 243)

a) **Etiologia.** — I. *Autorii* cruzimilor contra copiilor şi ai libericidului pot fi: părinţii legitimi, părinţii naturali, părinţii adoptivi, fraţii, rudele (bunic, unchiu), doica, dădaca, educatorii publici sau privaţi, patronul, cu un cuvânt oricine, sub o formă sau alta, are un ascendent moral sau material asupra minorului.

II. *Mobilul*: concepţiunea sălbatecă despre autoritatea părintească; pornirea duşmănoasă, aversiunea ce unii părinţi au pentru unul din copii; concepţiunea barbară a educatorilor (institutor, profesor, director, supraveghetor de institute de educaţie); dorinţa de câştig (schilodirea copilului spre a se servi de el la cerşit); impulsiunea sadică.

b) Forma. — E toată gama faptelor medicale cari pot face obiectul unei expertize şi pe cari le-am expus la studiul somatic şi psichic al persoanei examinate.

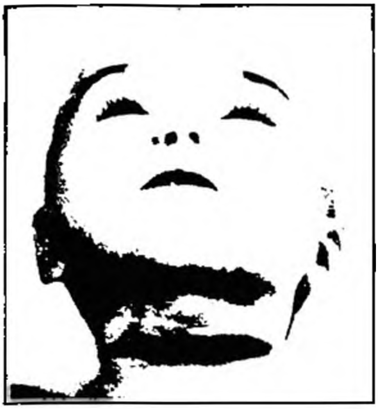


Fig. 245. — Copil cu o tăietură mare şi adâncă în gât.

Ca ilustraţiune ne vom mărgini să spicuim, în materialul adunat la Institutul Medico-Legal din Bucureşti şi în literatura medicală, câteva din cruzimile tipice:

1. Copil cu o falcă ruptă în urma unei lovituri de pumn.

2. Copil cu coastele rupte, în urma unei lovituri cu piciorul.

3. Copil desfigurat în urma loviturilor cu palma, pumnul, piciorul.

4. Copil cu capul spart în urma izbirii de un perete, de o mobilă din casă, de un stâlp într'un atelier, fabrică, etc.

5. Copil cu grave leziuni multiple căpătate în trântirea lui la pământ şi călcarea cu piciorele.

6. Copil cu nasul, urechea muşcate, cu părul smuls.

7. Copil cu un ochiu umflat sau chiar scos.

8. Copil cu sternul, şira spinării rupte.

9. Copil cu trupul numai o vânătae în urma loviturilor cu mâna înarmată cu un băţ, o nuia, o curea, o triunghic, o cravaşă, etc.

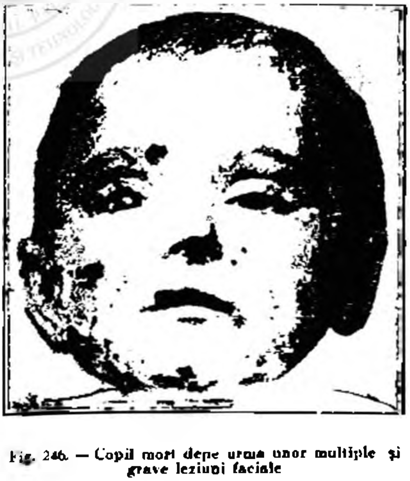


Fig. 246. — Copil mort depe urma unor multiple şi grave leziuni faciale

10. Copil cu degetele strivite, cu braţele ori picioarele frânte.

11. Copil cu gâtul răsucit.

12. Copil cu lovituri de corpuri contondente aplicate la cap, piept, spinare.

13. Copil cu tăieturi ori înţepări.

14. Copil împuşcat ori otrăvit.

15. Copil cu arsuri făcute cu un corp solid incandescent ori cu o substanţă caustică.

16. Copil opărit cu un lichid fierbinte sau prezintând arsuri cauzate de un metal topit.

17. Copil cu rănile ulterior stropite de călăii săi cu oţet, spirt de amoniac, acid azotic.

18. Copil expus la frig sau căldură.

19. Copil supus la eforturi fizice peste puterile lui.

21. Copil sechestrat într'o încăpere întunecoasă, în pivniţă, pod, latrină, etc.

21. Copii ţinuţi în genunchi peste un strat de grăunţe de porumb.

22. Copii culcaţi goi peste urzici, spini, scaeţi.

23. Copii insuficient hrăniţi sau cu hrana periodic total suprimată.

24. Copii ţinuţi în murdărie, neprimeniţi, că ajung să fie mâncaţi de vermină.

25. Copii înebuniţi de teroarea morală sub al cărei imperiu au fost ţinuţi.

26. Un copil cu ligatura penisului.

27. Copil cu un dop în rect.

28. Copil silit să mănânce buruieni, rădăcini, ţărână sau excremente.

29. Copil constrâns să mănânce la un loc cu câinii ori porcii.

30. Copil legat cu o frânghie sau ferecat în lanţuri.

31. Dintre cazurile de maltratări complexe vom cita pe cel semnalat de *Parisot-Caussade* (1929): copilul îşi primea în fiece zi porţia lui de lovituri, complectată cu următoarele rafinamente de cruzime: pe nemâncate era silit să înghită boabe de piper; în prezenţa vecinilor, adunaţi ca la panoramă, i se poruncea să se masturbeze; după aceea i se dedea cu o linie câteva lovituri peste penis şi testicule, pentru ca în cele din urmă să fie legat burduf şi închis într'un coteţ.

Ne oprim. Pomelnicul acesta ajunge spre a zgudui nu numai nervii dar şi conştiinţele.

II. Sinuciderea.

(Vezi şi „Sinuciderile la minori", vol. II).

Codul penal canadian *(art. 270)* consideră încercarea de sinucidere drept o infracţiune, pedepsind-o cu închisoarea corecţională până la doi ani. Iar sancţiunea nu e numai o ameninţare, pentrucă, după cum arată o statistică recentă, 80% dintre persoanele arestate pentru tentativă de sinucidere au fost condamnate.

Această intervenţie a societăţii, spre a îngrădi dreptul utopic pe care-l are individul de a dispune de zilele ce-i e dat să trăiască, poate fi eficace numai faţă de două categorii de sinucigaşi: 1) acei cari, sub imperiul unei obsesiuni-impulsiuni *trecătoare*, atentează la propria lor viaţă; 2) acei cari, din anumite consideraţiuni mai mult imorale decât morale, simulează sinuciderea fie pentru a exercita un şantaj, fie pentru a mistifica.

Sabia suspendată a Justiţiei, din contră, nu impresionează pe acei la cari gândul sinuciderii e de mult cuibărit în mintea lor zdruncinată care le-a strâmbat judecata, slăbind ori anihilând voinţa sănătoasă. Ce efect poate să aibă ameninţarea unui paragraf al codului penal faţă de un individ subiect de studiu al psichiatriei? Spectrul pedepsei nu va paraliza pornirea sinucigaşă la un nenorocit cu grave tare ereditare, la un dement precoce ori senil, la un alcoolic inveterat. După cum va nesocoti perspectiva închisorii acela care, în urma unei grave lovituri a destinului — lovitură pe care o socoate ireparabilă — e încredinţat că şi-a încheiat menirea pe pământ, căutându-şi refugiul în neant.

Oricum, caşi crima, sinuciderea are şi ea determinismul ei, e şi ea un produs al factorilor de corupţiune a liberului-arbitru, o minus-valoare creată de cusururile structurii sociale, o boală a crizei de desvoltare, a zguduirilor de ordin economic.

a. Etiologia

1. **Cauzele** sunt, în marea majoritate a cazurilor, o boală somatică sau o psicho-nevroză. Statistica Institutului Medico-Legal din Bucureşti ne oferă, sub raportul cauzalităţii, următoarele date:

I. **Bolile psichice şi nervoase:** alienaţia mintală caracterizată, mania persecuţiei, epilepsia, histeria, neurastenia, insomnia, melancolia, o mare depresiune psichică, delir, psichoza puerperală, pelagra, alcoolismul, urmările intoxicaţiunilor cu stupefiante, paralizia, turbarea, sifilisul.

II. **Ciclul menstrual.** — Cel mai mare contingent de sinucigaşe il dă faza dintre epoca premenstruală şi vârsta de 30 ani, care e perioada cea mai activă a vieţii sexuale a femeii: 70% dintre femeile cari îşi curmă firul vieţii. Dar la mai toate aceste sinucigaşe există un factor predispozant: neuropatii ereditare, turburările menstruaţiei (menoree, dismenoree, metroragii), boli venerice şi infecţioase (salpingite, metrite, ovarite, anexite, sifilis), tumori şi modifificări anatomo-topografice ale organelor genitale (fibrom, flexiuni şi versiuni ale uterului, degenerarea sclero-kistică a ovarelor, etc.). Apoi avem de înregistrat un important număr de sinucigaşe în criza creată de menopausa precoce.

III. **Boli somatice:** cardiopatiile, tuberculoza, diabetul, diversele boli cronice, colita, gastrita, o gravă boală de ochi, desfigurarea, o diformitate fizică, o mutilare, nefrita, boala venerică, cancerul.

IV. **Stări de depresiune morală ori de surexcitare:** dragoste contrariată, moartea unei fiinţi scumpe, ceartă în familie, gelozia, adulterul, divorţul, mizeria, pierderea situaţiei sau a averii, declararea în stare de faliment, pierderea unui proces important, deflorarea, ruşinea de a fi rămas însărcinată, căderea la un examen ori concurs, ruşinea arestării şi a condamnării.

V. **Situaţie disperată:** dat afară din slujbă, prins asupra unui fapt pedepsit de codul penal (delapidare de bani, fals în acte publice şi private, escrocherie, etc.), urmărit de justiţie, dezertarea din armată.

VI. O turburare mintală consecutivă unui traumatism cranian acidental.

VII. Duelul american.

VIII. Contagiunea: sunt epoci în cari se înregistrează adevărate epidemii de sinucidere.

IX. Sugestiunea.

2. **Vârsta şi sexul.** — Statistica Institutului Medico-Legal din Bucureşti pe intervalul 1895—1916:

până la 20 ani: 88 bărbaţi şi 54 femei; *20-30 ani:* 148 bărbaţi şi 64 femei; *30-40 ani:* 91 bărbaţi şi 39 femei, *40-50 ani:* 108 bărbaţi şi 27 femei; *50-60 ani:* 78 bărbaţi şi 17 femei; *60-70 ani:* 50 bărbaţi şi 9 femei; *dela 70 ani în sus:* 18 bărbaţi şi 2 femei.

3. **Starea civilă:** celibatarii şi văduvii de ambele sexe dau un contingent mai mare decât persoanele căsătorite.

4. Indeletnicirea (cifrele aceleiaşi statistici a Institutului Medico-Legal din Bucureşti):

muncitori şi *servitori:* 98 bărbaţi şi 60 femei; *funcţionari publici şi privaţi* 103 bărbaţi şi 4 femei; *meşteşugari:* 90 bărbaţi şi 15 femei; *menajere:* 64; *negustori* 34 bărbaţi şi 1 femee; *studenţi şi elevi:* 24 bărbaţi şi 6 femei; *profesiuni libere:* 15 bărbaţi şi 4 femei; *vânzători, băeţi de prăvălie:* 18; *militari:* 12; *sergenţi de oraş:* 7; *agricultori:* 13; *proprietari:* 2; *samsari, precupeţi:* 96 bărbaţi şi 7 femei; *îndeletniciri nedefinite:* 18 bărbaţi şi 3 femei; *fără profesie:* 33 bărbaţi; *prostituate:* 39.

5. *Naţionalitatea* (după aceeaş statistică):

Români: 360 bărbaţi şi 124 femei; *Evrei:* 43 bărbaţi şi 7 femei; *Austriaci şi Unguri:* 83 bărbaţi şi 41 femei; *Germani:* 20 bărbaţi şi 15 femei; *Italieni:* 10 bărbaţi şi 2 femei; *Greci:* 7 bărbaţi şi 2 femei; *Saşi:* 8 bărbaţi; *Bulgari:* 7 bărbaţi şi 1 femee; *Armeni:* 6 bărbaţi; *Ruşi:* 4 bărbaţi şi 2 femei; *Elveţieni:* 5 bărbaţi; *Cehi:* 5 bărbaţi şi 1 femee; *Polonezi:* 2 bărbaţi şi 2 femei; *Sârbi:* 4 bărbaţi; *Francezi:* 2 bărbaţi şi 1 femee; *Albanezi, Englezi, Belgieni, Olandezi:* câte 1 bărbat; *fără naţionalitate cunoscută:* 11 bărbaţi şi 5 femei.

6. Lunile anului (aceeaş statistică):

Ianuarie: 45 barbaţi şi 17 femei; *Februarie:* 46 bărbaţi şi 12 femei; *Martie:* 52 bărbaţi şi 19 femei; *Aprilie:* 58 bărbaţi şi 16 femei; *Mai:* 55 bărbaţi şi 21 femei; *Iunie.* 71 bărbaţi şi 19 femei; *Iulie:* 49 bărbaţi şi 17 femei; *August:* 41 bărbaţi şi 10 femei; *Septembrie:* 39 bărbati şi 24 femei; *Octombrie:* 52 bărbaţi şi 13 femei; *Noembrie:* 32 bărbaţi şi 19 femei; *Decembrie:* 41 bărbaţi şi 18 femei.

b. Felul sinuciderii

Statistica Institutului Medico-Legal din Bucureşti ne procură următoarele date (în ordinea frecvenţei):

Arma de foc: 225 bărbaţi şi 30 femei; *spânzurarea:* 178 bărbaţi şi 46 femei; *otrăvirea:* 57 bărbaţi şi 75 femei; *aruncarea înaintea trenului:* 45 bărbaţi şi 13 femei; *asfixia prin oxidul de carbon:* 17 bărbaţi şi 15 femei; *instrument tăios şi înţepător:* 25 bărbaţi şi 2 femei; *înnec:* 20 bărbaţi şi 7 femei; *arsuri cu petrol, benzină:* 4 bărbaţi şi 8 femei; *aruncarea dela înălţime:* 4 bărbaţi şi 3 femei; *aruncarea într'un puţ părăsit:* 1 bărbat şi 2 femei; *aruncarea înaintea tramvaiului:* 2 bărbaţi; *diverse feluri de sinucidere:* 3 bărbaţi şi 2 femei.

I. Arma de foc: revolverul, pistolul, puşca de vânătoare, puşca militară, arme improvizate (o bucată de ţeavă, o cheie mare transformată în pistol, o ţeavă de alamă montată pe o scândură; proectil de ocazie (un fragment dintr'o bucată de plumb, o mică greutate de cântărit, pietricele, etc.).

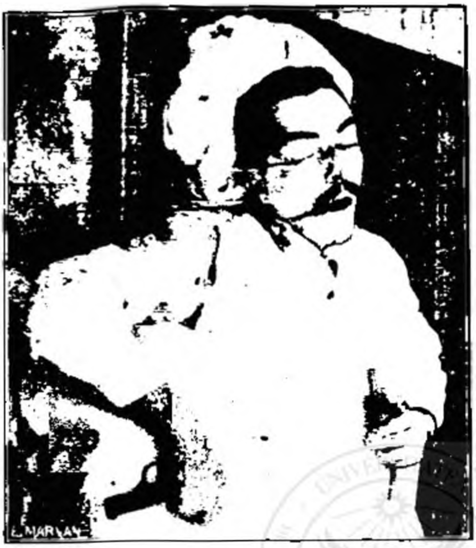


Fig. 247.—Sinucidere prin descărcarea simultană a două revolvere.

Un sinucigaş, spre a avea siguranţă că descărcarea armei nu va greşi ţinta, şi-a fixat în regiunea precordială o bucată de ţeavă, prin care a trecut proectilul — *Hofmann-Haberda.* — O femee şi-a descărcat un toc de revolver în vagin — *P. Fraenkel.*

II. Spânzurarea, strangularea şi sufocarea. (Vezi formele descrise la asfixiile mecanice vol. II).

III. Otrăvirea. Statistica Institutului Medico-Legal din Bucureşti:

Sublimatul coroziv: 8 bărbaţi şi 21 femei; *esenţa de oţet:* 9 bărbaţi şi 19 femei; *acidul fenic:* 7 bărbaţi şi 8 femei; *fosforul:* 7 bărbaţi şi 4 femei; *arsenicul:* 4 bărbaţi şi 6 femei; *strichnina:* 6 bărbaţi şi 4 femei; *sulfatul de cupru:* 5 bărbaţi şi 4 femei; *morfina:* 4 bărbaţi şi 2 femei; *spirtul denaturat:* 1 bărbat şi 4 femei; *cianura de potasiu:* 5 bărbaţi şi 2 femei; *acidul azotic:* 5 bărbaţi; *amoniacul:* 1 femee; *atropina:* 1 bărbat; *laudanum:* 1 bărbat.

* * *

Date mai recente din literatura streină: *salicilatul de metil, sulfatul de dimethyl* (5 cazuri semnalate de *Strothmann*-1929); *bichromatul de calciu* (Olbrycht-1929), *veronalul; veronalul asociat cu paraldehida* (*Schneider*, 1929); *ginergenul* (*Nielsen*, 1928).

IV. Aruncarea înaintea trenului, tramvaiului, a automobilului.

V. Aruncarea dela înălţime: pe fereastră dela etaj, dintr'un turn, din vârful unui monument, depe un pod ori viaduct, într'o prăpastie.

VI. Cu substanţe explozive: şi-a umplut gura cu praf de puşcă şi apoi a dat foc *(Casper);* cu un cartuş de dinamită fixat în piept; cu un cartuş de dinamită pus în buzunarul vestei *(Wachholtz);* s'a aşezat peste cartuşul de dinamită căruia apoi i-a dat foc *(Olarin)*; un farmacist a pus nitroglicerină într'un mojar ţinut între picioare şi apoi a izbit cu pistilul.

VII. **Corpuri contondente:** se izbeşte cu capul de zid, de o mobilă, de marginea trotuarului; îşi dă în cap o lovitură de ciocan, de topor (cu muchia).

VIII. **Contondente-tăioase:** lovitură violentă în cap sau pe membre cu toporul, securea, satârul, sabia, etc. (1. O femee şi-a dat cinci lovituri de topor în cap. — 2. Unul şi-a dat cu o secure 17 lovituri la frunte şi calotă — *Schauenstein)*.

IX. **Asfixie:** cu oxid de carbon, într'un spaţiu confinat cu aerul suprasaturat de gaze asfixiante.

X. **Arsuri:** cu petrol, benzină, etc.

XI. **Corp tăios:** tăiarea gâtului (uneori până la coloana cervicală); spintecarea abdominală (un mandarin chinez şi-a sfâşiat pântecele cu unghiile sale lungi şi apoi şi-a strivit măruntaiele — *Salaud)*: tăiarea vinelor dela mâni. Unul şi-a tăiat beregata cu ciobul gâtului spart al unei sticle.

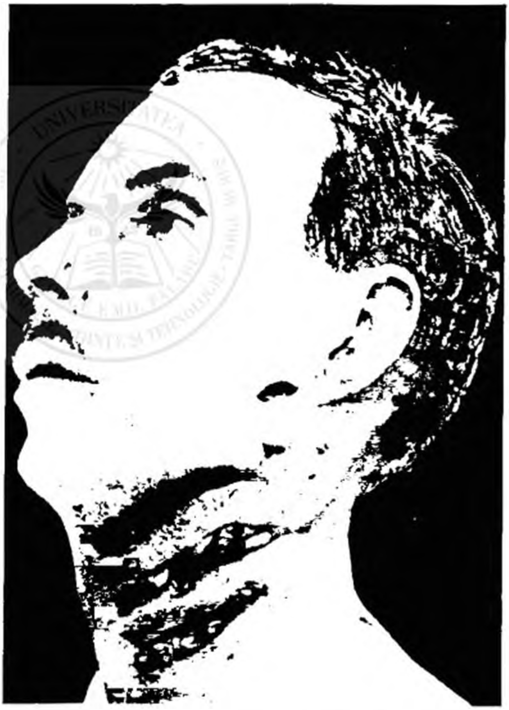


Fig. 248. — Sinucidere prin trei tăieturi adânci la gât.

De observat că nu sunt rare cazurile în cari se notează tăituri multiple:

1. O femee, după ce şi-a tăiat tracheea, şi-a mai dat o lovitură de cuţit în antebraţul drept — *Porter-Harnum*. — 2. O femee, după o tăitură transversală a gâtului, şi-a apucat laringele cu mâna şi l-a excizat — *Szigeti*. — 3. Un medic, în baie, după ce şi-a tăiat vinele dela ambele mâni, şi-a mai deschis şi arterele temporale — *Hofmann*. — 4. O femee şi-a făcut tăieturi la ambele coaste, la încheeturile mânilor, câte una sub fiecare mamelă şi o tăietură pe maleola interioară stângă — *Lesser*. — 5. O femee, după ce şi-a tăiat vinele dela îndoitura genunchiului, şi-a dat o lovitură de topor în cap

XII. **Instrument înțepător**: o alienată și-a înfipt perpendicular acul dela o broșă în spațiul intercostal stâng, provocându-și moartea prin tamponada inimii, consecutivă ruperii unei ramuri a arterei coronare — *Canuto*, 1928.

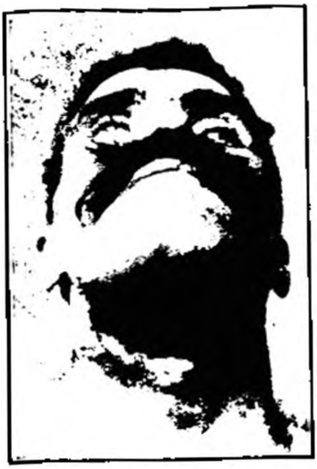


Fig. 249. — Sinucidere: o tăietură la gât cu un cuțit care a ajuns până la coloana cervicală.

Destul de frecvent se notează răni multiple, nu numai în partea dreaptă ci și în cea stângă a corpului:

1. Un sinucigaș și-a dat 10 lovituri paralele și foarte apropiate una de alta, în regiunea precordială (dintre cari 9 au atins ventriculul) și 3 la gât — *Piga*, 1924.

2. Un alientat și-a făcut, cu un cuțit de bucătărie, 145 înțepături la cap, gât, piept, abdomen, coapse și brațe.

3. Un alt alient și-a dat 23 lovituri de cuțit.

XIII. **Curentul electric**: cazuri extrem de rare; în toată literatura medicală nu sunt cunoscute mai mult de vre-o 50.

XIV. **Inghițirea de corpi streini**. — Sinuciderile acestea se inregistrează mai ales la alienați, epileptici, histerici, deținuți:

1. O epileptică, după ce a luat fosfor și o soluție de potasă caustică, a înghițit câteva ace de siguranță și croșete—*Schwarzwald*.

2. Un tânăr de 21 ani a înghițit 26 cuie de diverse mărimi, dintre cari unul de 11 și altul de 13 cm.—Un altul a înghițit 75 corpi streini; fragmente dintr'o țeavă, bucăți dintr'o lingură, cuie de dimensiuni diferite; un fragment de lingură era de 11,5 cm., iar un cuiu de 8 cm. — *Aszalos*, 1929.

3. *Straus* a găsit, la o autopsie, 60 corpi streini de natură diferită.

4. *Rosenstein* a găsit, între altele, o bucată de sârmă de 22,8 cm., o vergea de fier de 15 cm., bucăți de lemn.

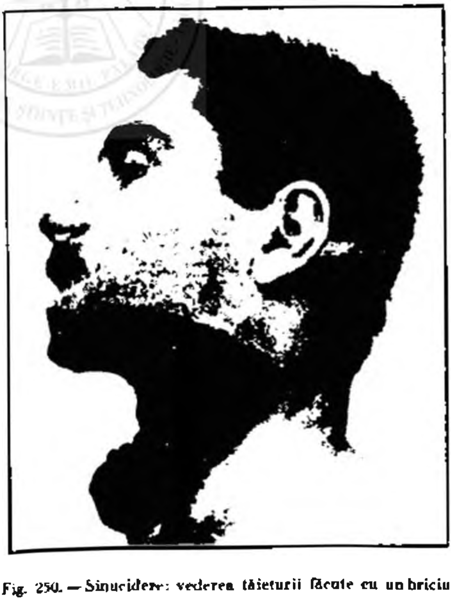


Fig. 250. — Sinucidere: vederea tăieturii făcute cu un briciu.

5. *Buerger* a găsit, în intestinul unui spânzurat, bucăți de piele și de postav, bucăți dintr'un ciorap

XV. Criptomania-claustromania: o dementă precoce, internată, s'a furişat de patru ori în pivniţă unde, de ultima dată, s'a ascuns timp de aproape o săptămână, cu gândul de a se lăsa să moară de foame şi de lipsă de aer primenit (*Barrancos*, 1928).

XVI. Tentative repetate: 1. O Americană a încercat de 26 de ori şi în diferite feluri să se sinucidă. — 2. O Vieneză, într'un singur an, a luat de 8 ori otravă (*Haberda*).

XVII. Sinucideri cu forme combinate.—Literatura medico-legală abundă în observaţii de atari sinucideri:

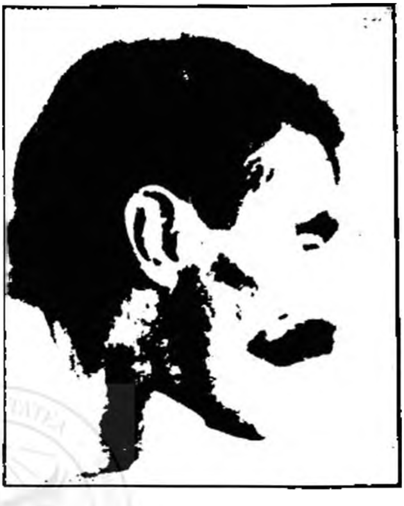


Fig. 251.— Sinucidere: secţionarea gâtului cu un cuţit.

1. Şi-a tăiat gâtul şi apoi s'a aruncat în apă — *Schwarzacher*, 1929. — 2. Intâiu a luat cianura de potasiu şi apoi s'a împuşcat — *Belohdrazky*. — 3. Un alcoolic, după ce şi-a făcut cu un şnur 10 circulare în jurul gâtului, s'a stropit cu petrol, şi-a dat foc şi apoi s'a aruncat pe fereastră de la o mare înălţime — *Fog*, 1927. — 4. O tânără femee, după ce şi-a făcut o tăietură la gât, s'a sufocat prin băgarea unei mănuşi în gură — *Haberda*. — 5. După ce şi-a retezat mâna, s'a spânzurat — *G. Strassmann*, 1921. — 6. Intr'un acces de febră delirantă, se aruncă pe fereastră, iar jos, cu un ciob de sticlă, îşi face tăieturi la articulaţiile membrelor — *Haberda*. — 7. Unul îşi taie gâtul şi apoi îşi trage un foc în gură. — 8. Un alienat îşi face o tăietura la încheetura mânii stângi, îşi dă o lovitură în inimă şi apoi îşi descarcă un foc de revolver în tâmpla dreaptă. — 9. După o lovitură de sabie în cap, mai are puterea să-şi tragă un glonte în gură — *Blumenstock*.

c. Sinuciderea care simulează crima

Numeroase sunt observaţiile dintre cari spicuim pe cele mai edificatoare:

1. Unul îşi face cu briciul două tăituri la ceafă — *Hofmann*. — 2. Cu cuţitul îşi dă o lovitură puternică în ceafă (adâncă de 12 cm.), cu desfacerea articulaţiei cervicale şi retezarea măduvei — *Flintger*. — 3. Un plutonier, cu patul puştii rezemat perpendicular de perete şi cu gura ţevii lipită de spate, îşi descarcă un glonte — *Tono*. — 4. O lovitură de cuţit în spate — *Munck*, 1926. — 5. Se strangulează cu o sârmă care face 10 circulare în jurul gâtului — *Marx*, 1928. — 6. O femee, aplecând tare capul pe piept, îşi dă o lovitură de topor în occiput — *Langer*. — 7. Un alienat, cu o sârmă, îşi găureşte scrotumul: apoi cu unghiile îşi lărgeşte ruptura şi smulge un testicul. Ingrijit, e vindecat; după câteva luni îşi sfâşie scrotumul cu unghiile şi smulge al doilea testicul — *Haberda*. — 8. Unul se aruncă pe o spadă imobilizată perpendicular pe pardoseală — *Wachholz*. — 9. Două cazuri de femei însărcinate cari şi-au spintecat

pântecele, scoţându-şi copilul — *Haberda, Sury.* — 10. Unul se împuşcă lipind ţeava revolverului sub omoplatul stâng — *Carrara, 1928.* — 11. Un bătrân alienat şi-a bătut 5 cuie în cap — *Cissel.* — 12. Un altul şi-a bătut un cuiu de 8 cm., în tâmplă — *Levit*, 1925. — 13. Unul şi-a bătut în cap cuie, pe cari apoi le-a scos, iar pe găuri şi-a băgat ace în creer — *Angelstein.* — 14. Un alienat şi-a bătut cu o cărămidă un şurub în parietal şi un alt şurub în frunte — *Haberda.*

d. **Sinuciderea multiplă**

Etiologia acestei forme a sinuciderii diferă după numărul sinucigaşilor în tovărăşie.

1. **Sinuciderea în doi** are drept cauză mai frecventă: dragostea fără nădejde; boala fără leac a unuia din soţi care nu poate concepe viaţa fără prezenţa lângă el a fiinţei îndrăgite; aberaţiunea a două femei sugestiv botezate „prizoniere".

2. **Sinuciderea în grup** are, în cele mai multe cazuri, drept impulsiune unică mizeria. S'au înregistrat şi atari sinucideri multiple, având drept cauză o boală ereditară care n'a cruţat pe nici unul dintre membrii familiei. Se mai poate ca, soţul, văzându-şi

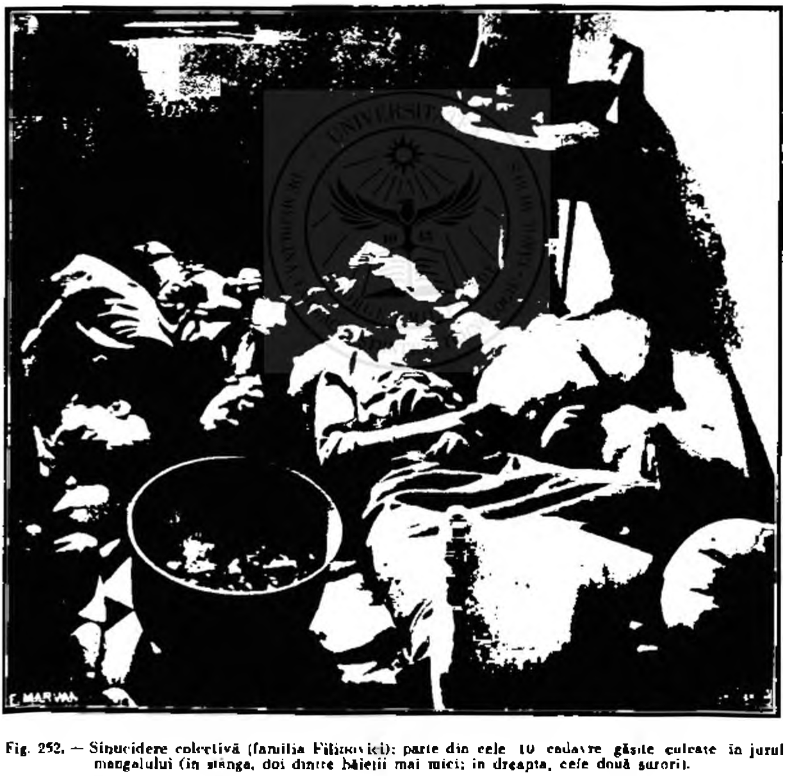


Fig. 252. — Sinucidere colectivă (familia Filimovici): parte din cele 10 cadavre găsite culcate în jurul mangalului (în stânga, doi dintre băieţii mai mici; în dreapta, cele două surori).

viitorul compromis, să pună la cale cu soția, asupra căreia exercită un mare ascendent, sinuciderea în comun cu copiii, sau omorîrea în prealabil a acestora și apoi sinuciderea părinților.

Dar marea, hotărîtoarea cauză e desnădejdea, obnubilarea minții de mizeria actuală sau de perspectiva apropiată a lipsei complecte.

O ilustrațiune groaznică de ravagiile catastrofale ce le poate face îndemnul obsedant al mizeriei, e cazul sinuciderii colective a *familiei Filipovici* din București (10 persoane), — caz care ne oferă o icoană puternic conturată de ceeace numim *nebunia comunicată.*

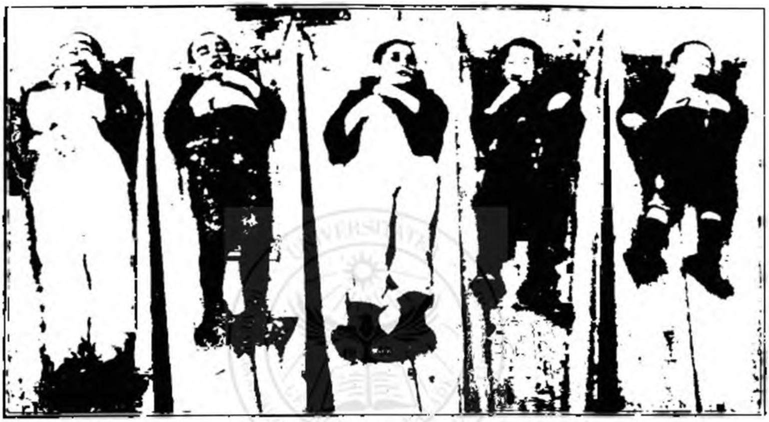


Fig. 233. — Sinucidere colectivă (familia Filipovici). — *Cadavrele celor 5 băieți minori* (dela stânga la dreapta): Grigore, Alexandru, Vasile, Ștefan și Dimitrie.

Bătrânul Ion Filipovici, capul unei familii de 15 persoane, ademenit de perspectiva unui traiu bun și îmbielșugat, cu care unul din fii săi, Nicolae, fire pe cât de aventuroasă pe atât de lipsită de scrupule, știuse să-l amețească, se hotărăște să-și desfacă gospodăria dintr'un târg din nordul Moldovei și se mută la București. Banii lichizi, realizați din bruma de avut imobiliar ce-l avea acolo, îi încredințează lui Nicolae care, prin ascendentul uzurpat, devenise adevăratul spiritus rector al comunității familiale.

Curând întregul angrenaj de expediente — singura bază a viitorului de aur cu a cărui viziune Nicolae Filipovici orbise întreaga familie — se smutește, castelul de Spania se năruie; iar după risipirea norului de praf nu rămâne decât o neagră mizerie materială asociată cu o nu mai puțin pronunțată mizerie morală. Singur Nicolae își stăpânește nervii și, cu un diabolic sânge rece, concepe și pune în execuțiune planul de a se descotorosi de povara strivitoare ce constituiau pentru el celelalte douăsprezece guri de hrănit.

Asigurându-și complicitatea fratelui imediat mai mic ca el, Gheorghe, explică restului de unsprezece, că unica soluție a catastrofei materiale e sinuciderea. Și n'a avut mult de lucru spre a'i convinge, pentrucă terenul patologic era cât se poate de prielnic:

1. Ion Filipovici, 65 ani: un alcoolic inveterat (edem meningeu, degenerescența organică a alcoolismului cronic).

2. Maria Filipovici, 45 ani, mama: alcoolică şi ea, o debilă mentală dăruită pedeasupra cu un cancer al uterului, în plus degenerescenţa organică a alcoolismului cronic.

3. Ana Dippel, 67 ani, bunica după mamă, o hipochondrică, ţinea isonul lui Nicolae: singura uşurare numai in moarte trebue căutată.

4. Ana Filipovici, 20 ani fata mai mare, fire romantică, se împacă lesne cu gândul morţii năprasnice.

5. Elvira Filipovici, 18 ani, o melancolică, aştepta cu resemnare sărutul morţii, pe care o cărturăreasă i-l prezisese cu doi ani mai înainte.

6. Grigore Filipovici 16 ani, un slab de ingeri.

7. Alexandru Filipovici, 12 ani (criptorchidie bilaterală). Era încredinţat că „osânda morţii fusese rostită de însuş Domnul din Ceruri".

8. Vasile Filipovici, 10 ani (criptorchidie bilaterală).

9. Ştefan Filipovici, 9 ani (monorchidie stângă).

10. Dimitrie Filipovici 7 ani (monorchidie dreaptă).

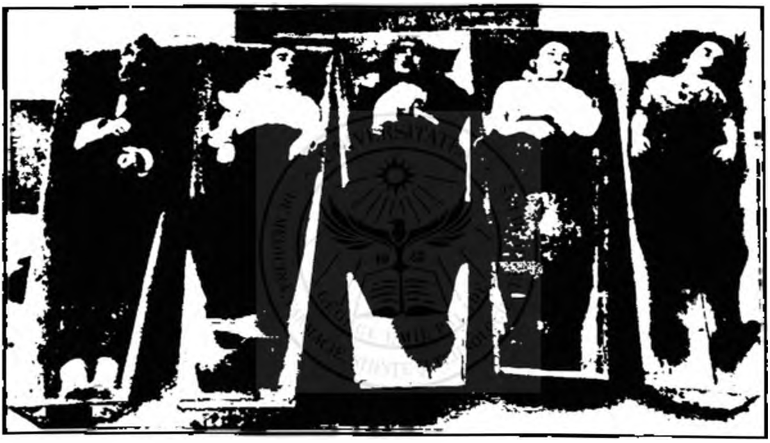


Fig. 254. — Sinucidere colectivă (familia Filipovici). — Cadavrele celorlalţi 5 membri ai familiei (dela stânga la dreapta): Ion Filipovici, Maria Filipovici, Ana Dippel, Ana şi Elvira Filipovici.

Ultimii trei (Alexandru, Vasile şi Ştefan), copii în cea mai nevinovată vârstă şi sugestionaţi de ceilalţi, nici nu erau în stare să facă deosebirea între lumina vieţii a cărei cale abea li se deschidea şi bezna morţii care'i îmbia cu făgăduinţa raiului.

Singura care a scăpat a fost Silena Filipovici, o imbecilă, tratată şi maltratată ca o slugă, fată din prima din cele trei căsătorii succesive ale bătrânului. Şi a fost cruţată, pentrucă restul familiei, în cap cu tatăl şi mama vitregă, n'au socotit-o vrednică să fie părtaşă la cinstea morţii în comun.

Nicolae, ca un impecabil regisor, luase asupra sa pregătirile, chit ca, în clipa hotărîtoare, el, împreună cu complicele său Gheorghe, să se eschiveze. Le-a organizat ospăţul morţii: slănină şi bere (aceasta din urmă fiind destinată să frângă vreo eventuală veleitate de rezistenţă din partea copiilor). La sfârşitul mesei, Ana Filipovici le-a ţinut un patetic logos de îmbărbătare pentru urcarea calvarului, în vârful căruia îi aştepta mântuirea năcazurilor lumeşti. Şi, extatici, cu câte o perniţă pentru cap sub braţ, în cap cu mama purtătoare a unei icoane și a unei candele, pornesc unul după altul, pe scara ce ducea la pod. Aci toate crăpăturile fuseseră dinainte bine astupate, iar în jurul unui mangal aprins erau dispuse 10 culcușuri (saltele sau zdrențe îngrămădite), pregătite de bunica (Ana Dippel).

După ce, pentru ultima rugăciune cu toții îngenunchiază în jurul unei măsuțe pe care mama pusese icoana Maicii Domnului și candela, se întind fiecare pe culcușul destinat și se afundă în somnul veciniciei sub mângăierea vaporilor de cărbune. A doua zi, autoritățile, înștiințate, sparg ușa pe dinăuntru zăvorită a podului și dau peste tabloul a zece cadavre, în cerc în jurul mangalului.

Incheerea medico-legală:

1. Sinuciderea colectivă sub imperiul nebuniei comunicate.
2. Teren îndeosebi propice macabrei sugestiuni (îndemnul sceleratului Nicolae): tare trupești, psicho-nevroze, inconștienta copiilor.
3. O pronunțată nuanță de misticism religios.

e. Diagnosticul sinuciderii

Am văzut, la studiul diverselor leziuni și al felurilor de moarte, cum se diferențiază o rană vitală de una post-mortală, o moarte naturală de una violentă. Ne rămâne să dăm numai câteva indicațiuni pentru confirmarea sau infirmarea tezei sinuciderii, pentru anumite leziuni.

In prealabil ținem să atragem atenția asupra câtorva particularități cari, ignorate sau nesocotite, pot vicia concluziunea finală a expertizei:

A. Intervalul de supraviețuire a sinucigașului fără apel menit morții. — Otrăvitul, oricât de rapidă ar fi moartea, mai are putința să arunce eventualul rest de otravă ori să distrugă urmele materiale trădătoare ale actului său.

O rană mortală, făcută cu un instrument tăios, tăios-înțepător, tăios-contondent, cu arma de foc nu suprimă cu totul nici posibilitatea deplasării nici judecata; sinucigașul e capabil să arunce ori să ascundă arma, spre a nu putea fi identificată. Am citat, în această privință, exemple edificatoare, când am vorbit despre supraviețuire. Vom completa cu următoarele trei observații: o femee, după ce-și taie carotida și jugulara într'o parte a gâtului, aruncă instrumentul vulnerant și mai face vreo douăzeci de metri; un individ, după ce, pe câmp își face o tăitură mortală la gât, aruncă briciul, se târăște până la un șopron unde rămâne peste noapte, iar a doua zi face câțiva kilometri până la oraș, și mai supraviețuește 14 zile la spital; un sinucigaș, cu laringele și faringele tăiate până la coloana vertebrală, a mai putut vorbi.

Numai când e vorba de tăituri, înțepături, multiple, dintre cari cel puțin două răni mortale, atunci cu mare probabilitate se poate exclude sinuciderea. Dimpotrivă, *două sau chiar mai multe răni mortale cu arma de foc nu exclud posibilitatea sinuciderii* (unul și-a tras trei gloanțe în cap — *Corin-Héger Gilbert*). Sinucigașul își păstrează cunoștința după întâiul și al doilea loc, dacă proectilele n'au atins zone susceptibile de a deslănțui numaidecât comoția cerebrală. dacă nu s'a produs nemijlocit o hemoragie cerebrală, dacă nu s'a lezat un centru dela care să pornească imediat o paralizie. Deasemenea, chiar după prima rană mortală în inimă. sinucigașul mai poate face uz de armă și să mai descarce încă unul. două, trei locuri, chiar fără a avea ambele mâni înarmate cu câte un revolver.

B. Sinuciderea poate fi confundată cu un accident: aruncarea dela înălțime, aruncarea din trenul în mers, aruncarea într'o prăpastie, înecarea. spânzurarea. strangularea. căderea peste un instrument tăios, descărcarea automată a armei din nebăgare de seamă atinsă, explozia neașteptată a unei substanțe explozive.

C. Simularea crimei în scop de răsbunare (auto-mutilarea)

D. Simularea morții subite: în mijlocul mai multor persoane și. în clipa când nu e observat. înghite o otravă care ucide fulgerător.

E. Sinuciderea intr'un loc tăinuit: fie cu gând de răsbunare, spre a lăsa să planeze bănuiala crimei asupra unei persoane pe care o și indică în scris. pe un petec de hârtie găsit asupra cadavrului; fie spre a preîntâmpina o eventuală împiedecare în ultimul moment.

F. Sinuciderea e neîndoioasă și cu toate acestea aparențele sunt ale crimei: sinucigașul se desfigurează singur turnându-și pe față o soluție caustică: familia descoperă sinuciderea (otrăvire) și, de teama bănuelii (vecinii știau de existența unui conflict) spânzură cadavrul.

G. Dispariția urmei sinucigașului: se împușcă. își taie beregata. se otrăvește și apoi se aruncă în apă.

* * *

Să trecem acum la examenul leziunilor particulare asupra cărora am spus că voim să insistăm:

1. **Tăitura dela gât**. Ea poate fi făcută și cu o mână și cu cealaltă. Dreptaciul își face deobiceiu o rană puțin oblică. de sus în jos și dela stânga spre dreapta. Stângaciul: rana. tot puțin oblică, tot de sus în jos. dar de astădată dela dreapta spre stânga. Rar se pot vedea tăituri orizontale. Se mai poate întâmpla să dăm peste o tăitură oblică de jos în sus (dela stânga spre dreapta — *dreptaciu*, dela dreapta spre stânga—*stângaciu*): în cazul acesta sinucigașul a aplicat instrumentul pe gâtul aplecat în dreapta pentru dreptaciu și în stânga pentru stângaciu.

Tăitura pătrunde între faringe și osul hioid. adesea atinge faringele. rareori tracheea: foarte rar se vede deasupra osului hioid. — E posibil ca sinucigașul să ajungă cu cuțitul (briciul. etc.)

până la artera vertebrală *(Lacasagne—Jobert)*. — Direcția tăiturii se mai poate determina după adâncimea cozilor rănii.

Sinucigașul, de regulă, își desgolește gâtul: pe când criminalul lovește peste gâtul în parte acoperit de gulerul cămășii, care nu e cruțat.

Excepțional tăitura dreptaciului poate fi dela dreapta spre stânga *(Dufour)*.

De regulă transversală, tăitura poate fi uneori și longitudinală.

2. **Lovituri în alte regiuni ale corpului.** — Dacă sinucigașul și-a făcut mai multe răni, de regulă mâna în care a ținut instrumentul (cuțitul, briciul, etc.) e pătată cu sângele scurs pe mâner.

3. **Sinuciderea cu arma de foc.** — I. *Regiunea*, firește — date fiind observațiile publicate la „Sinucidere care simulează crima" — nu are o valoare deosebită pentru diagnosticarea crimei sau a sinuciderii. In marea majoritate a cazurilor însă — ceeace nu e *ipso facto* și pecetea sinuciderii — sinucigașul își alege ca țintă *capul* (fruntea, tâmplele, de regulă; uneori gura, urechile, nările, ochii, sub bărbie) și *regiunea precordială*. — In ce privește capul, nu e exclus ca un dreptaciu să tragă în tâmpla stângă, iar un stângaciu în cea dreaptă. S'a înregistrat și o sinucidere cu arma descărcată în vagin.

Cât despre linia capricioasă a canalului — despre care am vorbit la rănirile cu arma de foc — ea se poate, firește, întâlni și în sinucidere. O observație interesantă e următoarea: orificiul de intrare la parietalul drept: un prim orificiu de ieșire la bărbie, apoi proectilul și-a continuat drumul prin trunchiu, pătrunzând în fosa jugulară și, străbătând inima, s'a oprit în abdomen *(Canuto*, 1926).

II. *Rana* are întotdeauna caracterul aceleia al tragerii dela o distanță minimă sau cu gura țevii lipită de regiunea vizată.

III. *Pata de negreală* și *leziunile* dela mâna care a tras sau dela mâna cu care sinucigașul a ținut țeava lipită de trup.

IV. *Prezența armei în mâna sinucigașului* nu e un indiciu întotdeauna concludent: 1. sinucigașul a mai avut putere să se'ntoarcă sau chiar să se deplaseze și să arunce sau să pună arma pe un obiect din preajma lui: 2. se poate să fie crimă și arma a fost pusă în mâna victimei înainte de a se fi produs spasmul cadaveric; 3 în caz de agresiune, mortul ține mâna încleștată pe armă, înainte chiar de a fi avut vreme să răspundă la primul foc descărcat de agresor.

III. Accidentul

Fără a mai vorbi de accidentul de muncă (sub forma traumatismului fizic și psichic și aceea a bolilor profesionale), ori de accidentele de ordin medical, vom observa, in ce priveşte accidentul în genere, că nu odată expertul e chemat să lămurească justiţia, atât în penal cât şi în civil, dacă nu e locul ca, pe cale de eliminare, să se conchidă că, neexistând certitudinea nici de crimă, nici de sinucidere, nici de producere spontană a leziunii sau a morţii, cu foarte multă probabilitate faptul medical îşi are originea intr'un accident.

A. Faptele medicale şi bolile profesionale

Posibile sunt toate leziunile traumatice (de ordin fizic sau psichic), toate efectele intoxicaţiilor.

1. Capul. — *a.* Mai nu e *leziune craniană* care să nu se poată explica printr'un accident. — b. *Meningele şi creerul:* aceeaş observaţie. Un exemplu de importanţa leziunilor cari, superficial examinate, pot părea suspecte: la autopsia unui lucrător, care murise aproape numai decât după ieşirea lui dintr'un cheson instalat sub apă, s'au găsit focare hemoragice în creer; e astăzi stabilit că prin decomprimarea aerului, asemenea fenomene se pot produce.

2. Pielea. — Toate leziunile şi afecţiunile tegumentare pot avea ca origine accidentul. Să exemplificăm prin câteva observaţii:

a) *Chelia (tonsura)* şi *cărunţirea localizată* efect al purtării repetate şi prelungite a unei greutăţi mai mari pe cap: coş, legătură, etc. (cazuri notate de *Mieroz*, 1927).

b) *Erupţii cutanate* in mănuirea preparatelor industriale cu bază de arsenic.

c) *Cancerul* dosului mânii şi al degetelor, consecutiv acţiunii razelor X (la radiologi). Cancerul feţei (inclusiv buzele şi pleoapele) la cei cari manipulează smoala.

d) *Dermatoze:* acne, foliculoza, hiperchromia, hiperkeratoza, negii la persoanele cari vin in contact cu păcura, uleiurile minerale, bitumele.

e) *Eczemele* consecutive manipulării cimentului (o femee de 27 ani, care lega sacii cu ciment, capătă o eczemă caracteristică a pavilioanelor auditive şi a apofiselor mastoide; un lucrător de 58 ani prezintă o eczemă generalizată pe intregul corp, cu plăci ulceroase şi sângerânde; trei lucrători ai unei fabrici de tuburi de ciment au ulceraţii rotunde la degete).

f) *Pustula maligna* consecutivă inoculării unei excoriaţii cutanate, in contactul cu pielea dela un animal care a murit de dalac.

g) *Flegmonul* inoculat printr'o înţepătură septică.

3. Alterarea sângelui şi leziuni vasculare consecutive intoxicaţiei profesionale cu vaporii de benzol (*Landé*, 1928).

4. Gangrena consecutivă unei intoxicaţii industriale şi care are ca semne prodromice: iritaţiunea locală, paloare, cianoză, edem şi tromboză. Gangrena aceasta a fost notată mai ales la persoane in vârstă de 20—40 ani (*Zangger*, 1929).

5. Necroza maxilară: la 3 lucrători ai unei fabrici de chibrituri s'a observat recidiva necrozei fosforice a maxilarelor după trecerea de 9, 12 şi 16 ani.

6. Ficatul. — a) *Atrofia galbenă* — la doi lucrători ai unei fabrici de încălţăminte, cari manipulau cleiul cismăresc în compoziţia căruia intra tetrachloridul de acetilen (*Schibler*, 1929).

b) *Icter şi leziune hepatică* de pe urma saturnismului industrial. Icterul seamănă sau cu cel hemolitic sau cu cel cataral (*Lemin*, 1928).

c) *Necroza ficatului şi icterul* consecutive acţiunii hidrocarburelor clorate din industrie.

7. **Ochii.** — a. *Leziuni ale conjunctivelor şi corneei* in industria mătasei artificiale (*Colrat*, 1929), in contactul cu hidrogenul sulfuros, cu sulfura de carbon şi acidul sulfuric.

b) *Leziunile cristalinului* la lucrătorii din industriile metalurgice şi din orice industrie cu o mare acţiune a focului.

c. *Leziuni oculare* la lucrătorii cari manipulează sulful (*Mita*, 1929).

8. **Anemia.** — a. *Anemia plastică* datorită acţiunii corpilor radioactivi.

b) *Anemia plastică hemoragică* prin intoxicaţia benzenică profesională (o fată de 19 ani, care lucra într'o fabrică de impermeabile, prezinta: epistaxis, melena, metroragie, mici hemoragii cutanate, ulcere mici cu aspect scorbutic la gingii şi buze, clonus pedestral bilateral; moartea — *Laignel-Lavastine*, 1928; o observaţie analoagă a lui *Vercelotti — 1928* la o lucrătoare de 25 ani, tot dela o fabrică de impermeabile).

c) *Anemia pernicioasă* consecutivă acţiunii razelor X, a radiumului şi a toriumului (*E. Weil*, 1926).

9. **Leucemia** consecutivă acţiunii corpilor radioactivi.

10. **Hemoragiile.** — a. *Hemoragia mortală la un hemofil* după ridicarea unei greutăţi mari (hemoragie retro-peritoneală în dreptul corpului osului iliac; moartea după 8 zile — *Kissinger*, 1928).

b) *Hemoragie mortală consecutivă benzolismului*: epistaxis bilateral, hemoragie gingivală, sufuziuni sanguine la membre, albuminurie.

11. **Turburări digestive.** — *Intoxicaţie profesională cu tetraclorură de carbon* (o gastro-enterită cu forma de cholera nostras, cu icter şi simptome uremice, cu moartea după 12 zile la un lucrător care a manipulat tetraclorura de carbon ca antideparazitar — *Hausmann-Helly*, 1929).

12. **Acidoza** consecutivă intoxicaţiei alimentare (mai ales la copii).

13. **Hernia** consecutivă unui efort.

14. **Tetanosul** consecutiv acţiunii infecţioase a ţărânei, excrementelor animalelor domestice, fecalelor umane. Victimele acestui accident se recrutează de predilecţie printre muncitorii agricoli, paznicii de vite, vizitii, lucrătorii dela întreprinderile barometrice, etc.

15. **Sifilisul.** — a. *Contaminarea suflătorului din fabricile de sticlă*, care duce la gură tubul mai înainte întrebuinţat de un alt lucrător, sifilitic.

b) *Contaminarea prin înţepătura anatomică:* 1. Un autopsier, la tăiarea cadavrului unui sifilitic, s'a înţepat la un deget. Rana a fost socotită drept panariciu şi ca atare tratată; după 6 săptămâni s'a declarat un exantem, iar la un an s'au produs simptomele mielo-meningitei sifilitice. — 2. Un neurolog, la autopsia cadavrului unui copil eredo-sifilitic, s'a înţepat la policele mânii drepte; s'a declarat şancru, exantem şi paralizie urmată de moarte — *Erich Hoffmann*, 1929.

16. **Avortul** consecutiv unei intoxicaţii profesionale (hidrargirism, benzinism, etc.)

17. **Organele genitale.** — a. *Cancer al scrotumului* la persoanele cari lucrează în rafinăriile de petrol, în fabricile de ţesături de bumbac.

b) *Cancer al scrotumului, testiculelor şi penisului* la coşari.

18. **Impotenţa** redusă sau totală în intoxicaţiile industriale (saturnism, hidrargirism, arsenicism, fosforism).

19. **Sterilitatea:** acţiunea corpilor radioactivi, acţiunea razelor X.

20. **Aparatul respirator.** — a. *Dispneea cronică* datorită petrolismului.

b) *Tuberculoza* are drept cauze accidentale: oboseala, intemperiile, insuficienţa primenirii aerului, insuficienţa luminii, inhalarea pulberelor iritante (cioplitorii în piatră, strungarii, polisorii, lucrătorii din fabricile de tutun, din industria de transformare a oaselor şi a coarnelor, din fabricile de sidef, minerii, cărbunarii, lucrătorii cuptoarelor de ars varul, vărarii, lucrătorii din fabricile de vopsele, etc. etc.).

c) *Cancerul pulmonar*, debutând prin catar bronchic, la lucrătorii din mine.

21. **Cardiopatiile** foarte frecvent datorite unui surmenaj fizic.

22. **Rinichii.** — a. *Degenerarea grăsoasă* cu albuminurie în arsenicismul cronic.

b. *Atrofia* în saturnism; în acţiunea prelungită a acidului cromatic, a fosforului; în inhalarea vaporilor de alcool metilic; în turnătoriile de metal.

c) *Hemoragii* la lucrătorii fabricelor de porţelan.

d) *Nefrita cronică* la lucrătorii întrebuinţaţi la extragerea thaliumului din reziduuri de sulf.

e) *Cancer al rinichiului* la lucrătorii cari manipulează vopselele cu bază de anilină.

23. **Căile urinare.** — a. *Prezenţa mercurului în urina dentiştilor şi a technicienilor dentişti.* Intoxicaţia se face prin inhalarea vaporilor mercurici (0,0272—0,948 mgr. de metru cub de aer) din atmosfera încăperii.

b) *Neoplasme papilare* (benigne şi maligne) în industria anilinei.

c) *Cancerul vesicei* la persoanele cari manipulează vopselele cu baza de anilină.

24. **Efecte tardive.** — a. *Saturnism* într'o fabrică de capsule de staniol.

b) *Intoxicaţia clorică* la persoane cari lucrează într'o fabrică de hârtie (clorul fiind întrebuinţat la albirea hârtiei).

c) *Arsenicism* la foşti lucrători într'o fabrică de oţel (*Muehlberger*, 1928).

d) *Intoxicaţia cu culorile întrebuinţate la confecţionarea cadranelor fosforescente*: 15 cazuri mortale, în interval de 1—7 ani după părăsirea fabricii (*Martland*, 1929).

e) *Hidrargirismul dentiştilor şi al technicienilor dentari*: la 70 dentişti şi technicieni examinaţi s'a găsit mercur în urină şi fecale, iar ca tablou clinic: stomatită, salivaţie abundentă, turburări digestive şi limfocitoză (*Borinski-Fischer, 1928*).

25. **Afecţiunile psichice şi nervoase.** — a. *Psichoze toxice* (delir anxios, halucinaţii vizuale, depresiune) la lucrătorii din fabricile de mătase artificială (*Tommasi*, 1927).

b) *Epilepsia* consecutivă benzenismului profesional (*Stiegler*, 1928).

c) *Insomnie, coşmaruri, astenie, cefalee, tremurături* în forma cronică a intoxicaţiei profesionale cu tetraetilul de plumb (*Heim de Balsac, Agasse-Lafont, Feil*, 1928).

d) *Polineurita urmată de un sindrom medular* în intoxicaţia saturnină profesională (*Lewin-Treu*, 1927).

e) *Paralizia nervilor faciali* la schimbarea masei depurative a unui generator de acetilen (*Gerbis*, 1928).

f) *Sindromul lui Parkinson* în intoxicaţia profesională cu sulfura de carbon (*Gianotti*, 1929).

g) *Paralizia ambelor picioare, paralizia sfincterului anal şi pareza antebraţelor*, consecutive intoxicaţiei cu clorura de sulf, la un lucrător al unei fabrici de elastic (*Adler-Herzmark*, 1929).

h) *Neurastenia, paralizia piciorului stâng şi a vesicei* la un lucrător întrebuinţat la gudronarea şoselelor (Mc Cord, 1929).

i) *Turburări vizuale, tremurul limbii şi al mâinilor*, consecutive intoxicaţiei profesionale cu clorura de sulf (*Adler-Herzmark*, 1929).

j) *Cefalee, vertij, delir, turburări ale vorbirii, convulsiuni*, uneori şi moartea, ca efect al benzolismului.

B Accidentele de muncă (bolile profesionale)

Vorbind, la examenul individului, despre incapacitatea de lucru consecutivă unui traumatism fizic ori psihic, acţiunii unei substanţe toxice, pedeoparte am definit această incapacitate, iar pe de alta am arătat mecanismul determinării şi aprecierii ei. E firesc ca o atare expertiză să se producă oridecâte ori e vorba de un accident de muncă, pentrucă în atare caz e angajată răspunderea pecuniară a intreprinderii sau, *cum e la noi*, aceea a Casei speciale a Asociaţiunii patronale, administrată de Casa Centrală a meseriilor şi asigurărilor sociale. Pentrucă, la noi, nu există o lege propriu-zisă a accidentelor de muncă; prevederile, in această privinţă, sunt cuprinse în „Legea pentru organizarea meseriilor, creditului şi asigurărilor muncitoreşti", pentru aplicarea căreia s'a hotărît în mod expres suprimarea art. 998—999, 1001—1005 c. c.

1. Diagnosticul

Deoarece expertul e chemat, nu numai să constate faptul medical, ci şi în măsura putinţei să demonstreze existenţa unui raport direct cu indeletnicirea persoanei examinate (vie ori moartă), socotim util să dăm şi o definiţie a accidentului de muncă, pe care n'o găsim nici în legislaţia românească nici în cea streină. Vom considera drept accident de muncă orice turburare funcţională, orice leziune care, din cauza ori în timpul lucrului, pricinueşte fie o incapacitate de muncă parţială sau totală, trecătoare sau permanentă, fie moartea.

Dar nu ajunge ca faptul medical să se fi produs din cauza ori cu prilejul lucrului, ci trebue pedeoparte să se facă dovada, că intreprinderea a ignorat starea particulară a salariatului (beţia, de exemplu) sau starea lui predispozantă (o afecţiune cronică incompatibilă cu felul de lucru), iar pe de alta să se determine.

I. *Dacă faptul medical, în forma în care se prezintă, e datorit exclusiv accidentului, sau el a fost numai agravat de acesta.*

II. *Dacă gravitatea faptului medical corespunde gravităţii accidentului* (de exemplu: o rană, relativ neînsemnată, la un diabetic, necesită amputarea unui membru).

III. *Dacă faptul medical a putut ori nu să fie o consecinţă directă a accidentului (moartea subită, moartea prin inhibiţie).*

IV. *Dacă faptul medical e real şi nesofisticat, adică nu e exagerat, sau e pur şi simplu simulat ori închipuit,* deoarece, am spus-o, vorbind despre incapacitatea de lucru, că unii lucrători reclamă indemnizaţia sub imperiul „sinistrozei" sau a „nevrozei rentei de invaliditate".

Aşa dar, expertul, înainte de a-şi formula concluziile, în cari va indica şi gradul de incapacitate sau cauza morţii, va cântări toate elementele trase atât din anamneza stării anterioare accidentului (bolii profesionale) cât şi din examenul stării prezente.

* * *

De aceleaşi norme se conduce expertul şi când e vorba de examinat o persoană vie sau cadavrul unui asigurat contra accidentelor — *asigurare contractată la o societate particulară*.

2. Expertiza

a) **Incapacitatea temporară.** — Art. 114 al legii prevede că ajutoarele băneşti se acordă numai dacă există o incapacitate de lucru mai mare de 3 zile. Iar *art. 119* prescrie internarea accidentatului în spital, chiar fără consimţământul lui, dacă medicul găseşte că boala necesită o îngrijire ce nu se poate avea în familie, ori dacă boala e contagioasă. *Art. 124:* plata ajutorului bănesc pentru boală se calculează pe baza certificatului scris al medicului corporaţiei. (Sancţiunea pentru certificatele mincinoase: amendă şi închisoare de 8 zile până la 3 luni). — *Art. 125:* dacă boala sau rănirea e pricinuită din beţie, accidentatul pierde dreptul la ajutorul bănesc.

b) **Incapacitatea permanentă.** — *Art. 142:* renta pentru invaliditatea totală e de 2/3 din salariu, iar pentru invaliditatea parţială se reduce în proporţie de Casa Centrală a asigurărilor muncitoreşti. — *Art. 143:* dacă invalidul total are trebuinţă de îngrijirea permanentă a altei persoane, renta poate fi ridicată la întregul salariu. — *Art. 170:* asiguraţii vor primi o pensie de invaliditate, fără condiţie de vârstă, dacă se constată că sunt în neputinţă permanentă de a lucra. — *Art. 172:* asiguratul n'are dreptul la pensia de invaliditate, dacă şi-a pricinuit-o cu intenţie. — *Art. 177* prevede revizuirea accidentatului pensionar: pensia de invaliditate încetează, dacă invalidul, însănătoşindu-se, devine iarăş capabil de muncă. — *Art. 184:* dacă asiguratul, după ce a început prin a primi pensia de bătrâneţe, devine invalid, el are dreptul să ceară sporirea pensiei până la valoarea aceleia de invaliditate.

c) **Moartea.** — In caz de moarte prin accident de muncă sau cu ocazia muncii, urmaşii au dreptul la pensia fixată de lege *(art. 141)*. Dacă femeea lucrătoare moare prin accident şi soţul ei era de mai mult timp invalid, atunci şi acesta, caşi copiii, are dreptul la pensia prevăzută de lege.

C. Accidentele terapeutice şi chirurgicale

Responsabilitatea omului artei poate fi angajată atât în penal *(art. 248 şi 249)* cât şi în civil *(art. 998 şi 999)* oridecâteori e locul de a i se imputa „nedibăcie, nesocotinţă, nebăgare de seamă, neîngrijire, nepăzirea regulamentelor" (vezi: „*Responsabilitatea medicală*", *vol. I. pag. 228—275*). Iar proectul modificator al codului penal pedepseşte şi *euthanasia*. („Se consideră ca omor şi va fi pedepsit cu maximul închisorii corecţionale faptul de a ucide o persoană în urma insistenţelor serioase şi repetate ale acesteia". Aceeaş pedeapsă se va aplica aceluia care cu ştiinţă pune la dispoziţia unei persoane obiecte sau substanţe omorîtoare — *art. 411*).

Dintre observaţiile mai recente spicuim:

I. Administrarea bucală, rectală şi aplicaţiunea externă

1. Intoxicaţia consecutivă administrării de *oleum chenopodii ca vermifug* (cazuri mortale datorite pedeoparte supra-dozării, iar pe de alta stării predispozante ce o constitue idiosincrazia pacientului — *Biesin*, 1929).

2. *Eleborul alb* (două cazuri mortale — *Wroblewsky*, 1929).

3. *Thiroidina*: morbul lui Basedow consecutiv administrării acestui preparat (*Holboll*, 1927).

4. *Chinina* administrată în momentul când se pronunţă durerile facerii: două cazuri de moarte a copiilor, unul în timpul parturiţiei, celalt la 21 ore dela naştere (*Mc Sminey*, 1929).

5. *Blenosan*: după 6 capsule, o intoxicaţie cu febră şi spuzeală a pielei (*Gutmann*, 1926)

6. *Atophan*: icter toxic consecutiv unei cure totale de 117 gr. de atophan (*Molzbeldt*, 1929).

7. *Borax*: intoxicaţia mortală a unui copil a cărui gură a fost tratată cu borax cu miere (*Birch*, 1928)

8. *Ephedrinul*: intoxicaţia cronică a unei femei de 56 ani căreia, pentru combaterea astmei, medicul îi prescrisese o doză de ephedrin după fiece masă (*Higgins*, 1929).

9. *Resorcina*: intoxicaţie gravă cu o soluţie de resorcină prescrisă de medic pentru tratamentul extern (*Strandberg*, 1927).

10. *Formalina*: brachicardia consecutivă administrării formalinei contra sudorii la tuberculoşi (*Silvano*, 1927).

11. *Lysolul*: unui copil de 16 luni i se face o clismă cu 0,05 gr. lysol dizolvat in 5 cc. glicerină: după două ore: scaun cu mucus mult, paloarea feţei, vărsături (*Hansen*, 1928).

12. *Cocaina*: intoxicaţia unui sugaciu căruia, pentru combaterea unor vărsături incoercibile însoţite de febră, s'a administrat un medicament cu cocaină (*Martinho da Rocha*, 1928).

13. *Strofantina*: intoxicaţie pe calea administrării rectale (*Fuchner*, 1929).

14. *Mercurul*: un copil de 2 ani, cu diateză exudativă, fricţionat, pe capul şi faţa eczematoase, cu o pomadă de mercur (2.5%); se produc: un edem acut şi dureros al extremităţilor şi hemoragii (*Hanssen*, 1928).

15. *Acidul chromic*: fenomenele intoxicaţiei după aplicarea unui tampon pentru tratarea unei cervicite ulceroase (*Fraulini*, 1927).

16. *Fenolul*: gangrena complectă a scrotumului, consecutivă unor comprese cu o soluţie de fenol 1% (*Pugh*, 1929).

II. Spălături

1. *Ruptura stomacului* în spălăturile forţate (*Key-Aeberg*).

2. *Intoxicaţie* consecutivă unei spălături cu 15 gr. de salicilat de sodiu, aplicată unui copil (*Anert-Odinet*, 1927).

III. Injecţiuni

1. **Ergotina:** un caz de gangrenă simetrică la ambele membre inferioare (*Goldberger*, 1928).

2. **Antimosanul:** intoxicaţia mortală a unei femei de 45 ani după două injecţii (*Werkgartner*, 1927).

3. **Chinina:** caz de tromboză cu gangrenă a braţului, în urma unei injecţii intravenoase cu chinină — *Jurak*: 4 cazuri de tetanos consecutiv injecţiilor intra-musculare de chinină — *Macquen*, 1927.

4. **Heroina:** două cazuri de paralizie respiratorie, după injecţii subcutanate în doza de 0,01 gr. — *Woolf* (1929) preconizează reducerea dozei la 0,005 care nu periclitează funcţia respiratorie.

5. **Saprovitanul:** caz mortal după a 12-a injecţie în tratamentul sclerozei multiple (*Cohn*, 1927).

6. **Seroterapia antitetanică:** caz de moarte (probabil idiosincrazie) a 4-a zi după injecţie (*Koehler*, 1928).

7. **Salvarsanul — neosalvarsanul.** — In ordinea frecvenţei accidentele notate sunt: dermatite, icter, hemoragii bucale şi faringee, pete de purpura, moartea. **Cele mai multe cazuri letale sunt datorite neglijenţei medicului de a se asigura dinainte de condiţiunile individuale ale pacientului: idiosincrasie, pericol de şoc anafilactic.** — Dintre accidentele mai recente înregistrate la Institutul Medico-Legal din Bucureşti relevăm următoarele două:

a) Femee de 40 ani care a urmat un tratament antisifilitic cu neosalvarsan. Cu ocazia ultimei injecţii, femeea a sucombat unei crize nitritoide, explicată prin intoleranţa specifică a organismului — ceeace medicul nu putea să prevadă (*Minovici*, 1930).

b) Bărbat de 34 ani. Tratament antisifilitic cu neosalvarsan. Moare năprasnic. La autopsie se constată o encefalită hemoragică, explicată prin criza nitritoidă deslănţuită de injecţie (*Minovici*, 1930).

8. **Metarsenbenzolul.** — Accidentele observate: roşeaţa unilaterală sau bilaterală a conjunctivei cu eritem al pleoapei inferioare şi lăcrimare; eritrodermie cu gravă inflamaţie a conjunctivelor, tumefacţia corneei şi iridociclita; purpura cutanată şi mucoasă; paralizia trecătoare a ambilor muşchi externi ai ochilor; miopia transitorie; embolia unei ramificaţiuni a arterei centrale a retinei; moartea.

9. **Novarsenbenzolul:** un caz de gangrenă pulmonară acută, rapid mortală, în cursul tratamentului (*Pages*, 1927).

10. **Sulfarsenamina:** un caz de moarte tardivă, la 10 zile dela ultima injecţie antisifilitică (*Williams*, 1929).

11. **Bismutul:** caz de nefrită hemoragică mortală în cursul tratamentului cu carbonat de bismut (*Galliot* 1927): grave accidente locale (şezut) cu tendinţă sfacelică după o injecţie intra-musculară cu o sare insolubilă de bismut (*Louste-Cohen, Vanborkstael*, 1927).

12. **Albumina:** moartea prin şoc anafilactic a unui băiat de 9 ani astmatic, în urma unei injecţii intra-cutanate de 0,1 cc. de albuş de ou (*Baagoe*, 1928).

13. **Insulina:** agitaţie, somnolenţă, hemoragie cerebrală (*Henderson* — 1927, *Host* — 1929).

14. **Urotropina:** moartea tardivă a unui băiat de 7 ani după o injecţie intravenoasă (*Edelmann*, 1928). *Vogt* (1928) contestă însă că moartea ar fi datorită exclusiv acţiunii toxice a substanţei: după el catastrofa poate avea ca origine embolia gazoasă pulmonară, status thymo-lymphaticus, status hypoplasticus, hemolisa post-injectorie — *Nolie* (1928), comentând însă un caz de gan-

grenă a mucoasei vesicei la un individ de 61 ani, după o injecție intravenoasă de 10 cc., conchide că accidentele sunt o consecință a intoleranței individuale.

15. **Lipiodolul:** bronchiectazie unilaterală stângă, asociată cu o stenoză bronchică dreaptă la o femee de 57 ani, în urma a două injecții *(Rist-Lapointe*, 1927); accidente epileptiforme în cursul unei injecții intra-tracheale *(Olmer — Zuccoli*, 1929).

16. **Clorura de sodiu:** moarte prin embolia arterei pulmonare, consecutivă tratamentului varicelor cu o soluție concentrată de clorură de sodiu *(Lomholt* 1927)

17. **Aurul coloidal:** șoc anafilactic cauzat la o tuberculoasă (21 ani) de ultima injecție din întreaga serie *(Knosp*, 1929).

18. **Asepsia canulei:** două cazuri de infecție cu gangrenă gazoasă, după injecții subcutanate *(Anschuetz*, 1927)

19. **Pericolele injecțiunilor intra-tracheale pe calea înțepării pielei:** frecvente purulențe ușoare în vecinătatea înțepăturii: puroiu în tegumentele gâtului cu infecție septică generală *(Lasderich, Guy Poumeau, Delille)*. Calea laringeală pare preferabilă.

IV. Vaccinarea

1. **Vaccinul antivariolic.** — Frecvent se înregistrează *accidente* diverse în cari predomină cele nervoase: a) anxietate, cefalee violentă, insomnie, delir (după 10 zile dela vaccinare); b) parestezii, convulsiuni clonice, turburări de convergență a ochilor (după 10 zile); temperatura de 40°, starea delirantă (după 14 zile — *Enzière-Pages*, 1928

Mader — 1929 publică următoarele 6 observații:

a) Copil de 1 an și 9 luni. La 7 zile dela vaccinare: convulsiuni, fenomene tetanice, pierderea cunoștinței. Ameliorare abea după 7 luni de tratament.

b) Fetiță de 11 ani și jumătate. La 4 zile dela a doua vaccinare: vărsături, hebetudine, agitație violentă, retenție urinară și fecală, paralizia brațului drept, o ușoară înțepenire a cefei, semnul lui Babinski pozitiv.

c) Băețel de 5 ani. La 12 zile: hebetudine, înțepenirea cefei, vărsături, scrâșnire din dinți, nistagmus, semnul lui Babinski pozitiv.

d) Fetiță de 2 ani. La 10 zile: parapareza spastică a gambelor cu semnul lui Babinski.

e) Fetiță de 5 ani și 9 luni. La 8 zile: cefalee, oboseală, iritabilitate, incontinență urinară și fecală, somnolență, semnul lui Babinski bilateral pozitiv.

f) Băețel de 6 luni. La 17 zile: vărsături, somnolență, înțepenirea cefei.

Caz de paralizie recurentă. — Băiat de 4 ani. La 12 zile: răgușeală, vomitarea alimentelor lichide, paralizia coardei vocale stângi *(Koto*, 1928).

Encefalita post-vaccinatorie. — După *Kaiser* (1929) în genere accidentul se produce între a 11-a și a 14-a zi dela vaccinare. Din 24 cazuri, 15 au fost mortale (mai mult la prima vaccinare a unor copii de 7—8 ani: numai un caz mortal cu unul de 4 ani).—Alte cazuri mortale au fost semnalate, între alții, de: *Aldershoff* (1927), *Wiersung* (1929), *Cattaneo* (1927), *Julliard* (1927), *Daser* (1928).—*Levaditi* (1928), căutând să găsească originea acestei encefalite, în urma experiențelor făcute cu cimpanzeul, macacul, iepurele și șoarecele, a ajuns la concluzia că în nici un caz virusul vaccinului — care e foarte greu transmisibil — nu poate fi încriminat pentru provocarea encefalitei. — După noi, encefalita e datorită unei impurități a vaccinului.

2. **Vaccinul antidifteric:** 2 cazuri mortale consecutive greșelii medicului care, în tratamentul preventiv, s'a servit de ampule cu toxin *(Bessemans*, 1929).

3. **Vaccinul polivalent:** caz de nevrită la un copil căruia i s'a făcut, la şezut, o injecţie de vaccin polivalent conţinând eter (*Marque*, 1927).

4. **Autovaccinarea** Un băeţel de 2 ani şi jumătate e vaccinat. Medicul neglijează să atragă atenţia părinţilor asupra pericolului pentru o fetiţă de 1 an care avea o eczemă şi nu era vaccinată: ambii copii fiind scăldaţi in aceeaş cadă şi cu aceeaş apă, fetiţa se imbolnăveşte şi moare (*Hauck-Schuetz*, 1927).

V. Anestezia

Deşi, graţie modificărilor şi perfecţionărilor aduse technicei, accidentele, de o gravitate variabilă mergând uneori până la moartea imediată sau tardivă, s'au împuţinat, nu e însă mai puţin adevărat că atari urmări ale anesteziei se mai înregistrează şi se vor mai înregistra. Pentrucă nu ajunge respectarea prescripţiunilor în ce priveşte dozarea substanţei şi durata acţiunii acesteia, ci trebue ca, pentru fiece caz, să se examineze cu o deosebită atenţiune starea predispozantă, susceptibilitatea individuală.

Dintre stările predispozante acele cari dau un mai sigur contingent de accidente sunt status lymphaticus, miocardita, arterioscleroza, afecţiunile intestinale, degenerescenţa ficatului, a rinichilor, a inimii şi a plămânilor, eclampsia, pielita sarcinii.

Iar la autopsie, atunci când e vorba de moartea tardivă, în marea majoritate a cazurilor, se notează turburări hotăritoare ale centrilor nervoşi: întinse modificări ischemice în encefal şi cerebel (focare de anemie), tromboza sinusului longitudinal cu infarcţi ai scoarţei cerebrale, meningită, hemoragii meningee şi pe suprafaţa creerului, focare de ramolisment, grave turburări ale circulaţiei.

1. **Anestezia generală prin inhalaţie:** a) *Bromura de etil* şi *protoxidul de azot* (anestezicul ideal pentru chirurgia renalilor, hepaticilor şi infectaţilor) pentru narcozele rapide şi de o durată de maximum 3 minute (doza mijlocie pentru adult: 10—12 gr.).

b) *Clorura de etil (kelenul)*, cel mai inofensiv dintre anestezice, e întrebuinţată şi înainte de administrarea cloroformului ori a eterului, în scopul de a preîntâmpina primejdia sincopei dela începutul cloroformizării şi a suprima senzaţia neplăcută dela debutul eterizării. — Totuş se pot nota accidente mortale, în caz de supra-dozare, pentrucă acest anestezic e o otravă violentă a bulbului.

c) *Eterul*, administrat singur sau asociat cu pantoponul (o prealabilă injecţie subcutanată de pantopon, cu o jumătate de oră înainte de eterizare) poate cauza şi el accidente de diversă natură: 1. *congestia pulmonară* consecutivă răcirii post-operatorii (fenomen care se poate produce timp de câteva zile dela anestezie); 2. *oprirea respiraţiei în timpul narcozei* (de aceea se recomandă operatorului ca, in tot timpul anesteziei, să supravegheze faciesul, ochiul, pulsul, căutând eventualele simptome ale intoxicaţiei masive sau ale asfixiei); 3. *convulsiuni* precedate de cianoză, respirație neregulată, contracțiuni ale pleoapelor și buzelor; 4. *o cauterizare a corneei.*

d) *Cloroformul* e un anestezic excelent, dar trebuie mânuit cu foarte mare abilitate și nu trebue administrat decât cu anumite garanții, pentrucă el e *contra-indicat* în: insuficiența hepatică sau cea renală, congestiunile sau infecțiunile pulmonare întinse, cardiopatiile, status lymphaticus, hipoplasia capsulelor suprarenale. — Cloroformizatorul va veghea ca, după ce a obținut perioada anesteziei chirurgicale (precedată de aceea a excitației), acțiunea anestezicului să nu intre în perioada periculoasă a anesteziei organice (colaps), caracterizată prin încetinirea respirației, slăbirea bătăilor inimii, dilatarea bruscă a pupilei.

Accidentele, cari se pot nota la debutul, în cursul sau după încetarea anesteziei sunt: 1. **Sincopa albă**, sincopă reflexă, observată la pusilanimi, la începutul anesteziei; ea se poate produce și în cursul acesteia (din cauza dozei excesive) și atunci se anunță prin paloarea feței, dilatația bruscă a pupilei, rapiditatea și micimea pulsului. — 2. **Sincopa violetă sau albastră** consecutivă fie *asfixiei toxice* (exces de cloroform), fie asfixiei mecanice („înghițirea" limbii, vărsături pătrunse în trachee). — 3. **Vărsăturile** cari se produc în timpul adormirii pacientului și denotă anestezia incomplectă. — 4. **Necroza ficatului.**

Accidentele post-anestezice: tusea, albuminuria trecătoare, vărsăturile bilioase de o zi sau două, nefritele, icterele cloroformice, moartea după câteva ore sau chiar o zi. *Delbet* atribue moartea subită după operație (șocul operatoriu) leziunilor capsulelor suprarenale și de aceea recomandă ca intervențiunea chirurgicală să fie precedată de o injecție de 0.4 mgr. adrenalină.

In caz de vărsături, capul pacientului trebuie ținut înclinat într'o parte. După anestezie să se supravegheze, timp de câteva ore, starea reflexelor oculare, pulsul și respirația.

Pentru eventualitatea unei sincope, operatorul trebue să aibă întotdeauna la îndemână o soluție de adrenalină.

e) *Cloroformul asociat cu eterul* poate și el provoca accidente grave și chiar letale.

2. **Anestezia generală pe cale intravenoasă**: introducerea directă a cloroformului în sistemul circulator (metodă preconizată de *Burkhardt*). Dar accidentele mortale nu sunt excluse, în timpul sarcinei și al parturiției.

3. **Anestezia locală** prin: aplicarea de ghiață adiționată cu sare de mare; clorura de etil; clorura de metil; clorhidratul de cocaină; novocaina; stovaina.

Ea se practică prin: a. *aplicarea unui tampon îmbibat* cu o soluție de cocaină (faringe, conjunctivele oculare, mucoasa rectală, uretra, etc.); b. *imbibițiunea* cu o soluție de novocaină; c. *anestezia dentară;* d. *anestezia epidurală* (preconizată de Cathelin pentru operațiunile interesând perineul și anusul); e. *anestezia rectală* — pătrunderea pe rect a vaporilor degajați dintr'o sticlă cu eter (procedeul lui Pirogoff, treptat modificat de Leguen și Monod).

4. **Rachianestezia**, prin injecții cu stovaină, cocaină și novocaină, e contra-indicată în hipotensiunea arterială, sifilisul, tuberculoza. Accidentele posibile: retențiunea urinară, incontinența fecală, sciatica, cefaleea, vărsăturile, turburările cerebrale, paralizia membrelor inferioare cu turburări sfincteriene, sincope, asfixia, moartea.

Accidentele anesteziilor locale

a) *Cazuri mortale în rachi-anestezia:* după 48 ore de stare comatoasă (*Bangel*, 1928); după 30 ore de edem pulmonar (*Heck*, 1929); morți consecutive paraliziei frenicului, pătrunderii anestezicului în al patrulea ventricul, anemiei cerebrale ca o urmare a paraliziei vaso-motrice (*Bygh-Bessesen*, 1928); moartea la 2 ore după operație prin paralizia respirației (*Pfitzner*, 1928); moartea postoperatorie prin oprirea inimii; moartea după 16 zile, precedată de pierderea cunoștinței, contracțiuni tonice și clonice, pareza facială, simptome de meningită (*Bodechtel*, 1928); moartea la 6 zile după anestezie, prin modificări grave ale măduvei spinării și bronco-pneumonie (*Franke* 1927); hemoragia cu paralizia respirației (*Nador-Nikitis*, 1927); moartea tardivă, la 16 luni după rachi-anestezie și consecutivă cistopielitei și tuberculozei intestinale (*Nonne*, 1928)

b) *Accidente nemortale consecutive rachianesteziei:* dilatarea vesicei cu falsă incontinență (*Salleras*, 1928); turburarea vesiculară și intestinală timp de 3 ani dela anestezie (*Lepoutre*, 1928); paralizia mușchilor ochiului (*Berberov*, 1926); simptome de meningită, de nevrită interesând membrele, tromboflebită, pareză spastică (*Kaldemey*, 1929).

c) *Accidente consecutive anesteziei locale în diverse regiuni:* fenomene tetanice în anestezia locală pentru tonsilectomie (*Hirsch*, 1929); moartea sincopală la 5 minute după anestezia regiunii amigdaliene pentru tonsilectomia bilaterală (*Mayoux*, 1928); acces histeric după picurarea cocainei pe coarda vocală stângă (*Narasaki*, 1928); tetanos după anestezia locală în nas cu cocaină și epinefrină. (*Roberts*, 1929); paralizia bulbară după o injecție de cocaină-adrenalină în tratamentul dinților (*Schuett*, 1929).

5. **Efectele vătămătoare ale hipnoticelor:** turburarea menstruației, frigiditatea, sterilitatea; somn adânc de 70 ore cu fixitate pupilară, pulsul 160 și temperatura 41°,5; moartea, — toate consecutive intoxicației masive cu somnifen „Roche" (*Milewski*, 1929); intoxicațiuni acute sau cronice cu narcoticele din seria de grăsimi, preparate cu acizi barbiturici, hipnoticele cu bază de sulf sau brom, paraldehida.

VI. Intervențiile chirurgicale

E, firește, exclus să vorbim de toate accidentele cari se produc în timpul sau consecutiv unei intervenții chirurgicale. Ne vom mărgini la câteva observații mai recente:

1. **Avortul terapeutic (sarcină tubară):** perforarea are de urmare o ruptură a ovarului drept (lezarea ligamentului şi a cavităţii Douglas) cu o mare revărsare sanguină în cavitatea abdominală *(Atajang* 1929)

2. **Tracheotomia:** moartea in 24 ore, consecutivă unei piosepticemii *(Kernbach,* 1929).

3. **Tonsilectomia** urmată de: *a)* abces pulmonar *(Apfel* 1929); *b)* gangrena bilaterală a picioarelor la un copil de 2 ani şi jumătate (la 2 zile după operaţie se declară o septicemie cu eliminare de sânge in fecale; in ziua a 17-a, gangrena la degetele picioarelor şi deasupra maleolelor — *Wright* 1929). *c)* embolia bifurcaţiei aortei cu moartea apoplectiformă după 5 zile dela intervenţie *(Camaurer,* 1929).

4. **Pneumothoraxul** urmat de: *a)* embolia gazoasă cu amaurozǎ trecătoare *b)* hemoragie gravă *(Kuelbs,* 1928); *c)* criză epileptiformă cu confuzie mentală *(Brunerie,* 1927).

5. **Puncţia lombară.** S'au inregistrat: *a)* moartea prin edem pulmonar supra-acut la doi epileptici *(Euzière-Rabié,* 1929); *b)* meningita purulentă *(Wieder,* 1927); *c)* meningita seroasă acută *(Matschau,* 1927); *d)* moartea consecutivă inţepării arterei vertebrale stângi *(Steindl,* 1928); *e)* hemoragia intracraniană *(Ulrich,* 1929); *f)* moartea precedată de colapsul pricinuit de plesnirea pereţilor sistemului vascular din cauza subitei opriri a presiunii sanguine *(Pineas,* 1929): *g)* fenomene de excitaţie, parestezia extremităţilor, tulburări trecătoare ale cunoştinţei, apnee trecătoare *(Dielmann,* 1928).

6. **Puncţiunea pleurală şi pericardică:** *a)* moartea la 3 ore şi jumătate după o puncţiune pleurală *Hinton,* 1929); *b)* acul se rupe, iar fragmentul emigrează şi pătrunde in inimă provocând moartea după 8 zile *(Hinton,* 1929); *c)* şase cazuri mortale de puncţiune pleurală şi pericardică *(Fahr,* 1928).

7. **Emboliile post-operatorii:** *a)* numeroase cazuri de embolie pulmonară consecutivă injecţiunilor intravenoase pentru evitarea pneumoniei post-operatorii *(Oehler,* 1927; *b)* embolia pulmonară consecutivă intervenţiei chirurgicale asupra unor persoane cachetice sau a unor pacienţi cu adipozitatea exagerată *(Tempsky,* 1928); *c)* 10 cazuri de embolie gazoasă cerebrală, dintre cari 5 mortale *(Roger-Kohl,* 1926); *d)* o embolie gazoază in urma unei intervenţii chirurgicale interesând vesica *(Mathé* 1929); *e)* 7 cazuri mortale de embolie semnalate de *Jayle* — 1929 şi anume: 3 pe masa de operaţie, 3 in intervalul de o jumătate de oră până la 3 zile dela operaţie; unul la 2 luni dela intervenţie. — *Jayle* atrage atenţia asupra importanţei examenului prealabil al sângelui persoanei de operat: dacă proprietatea de coagulare e mărită, să se amâne intervenţia chirurgicală.

8. **Moşirea:** *a)* 3 cazuri cu grave fenomene secundare administrării pilocarpinei in locul cateterismului in retenţiunea urinară *(Mayer,* 1929); *b)* clismă mortală la o parturientă după extragerea prin craniotomie a copilului mort in uterul unei eclampsice: clisma a fost administrată în a 5-a zi, iar după o jumătate de oră femeea a sucombat anemiei cerebrale, consecutivă subitei evacuări a intestinului gros, care a turburat simetria distribuţiei sângelui în corp *(Brook,* 1928).

9. **Organele genito-urinare:** *a)* 2 cazuri mortale consecutive utero-salpingografiei *(Hellmuth,* 1927); *b)* două cazuri de moarte in urma insuflării tubare la femei sterile *(Muench,* 1927); *c)* moartea consecutivă intervenţiei pentru extragerea placentei într'un avort spontan in a 5-a lună: medicul, servindu-se de o pensă, a perforat uterul şi a apucat rectul, rupându-l *(Maxwell* 1929); *d)* perforarea canalului cervical cu ocazia introducerii laminariilor pentru dilatarea colului unei primipare in a 4-a lună a sarcinii *(Sellheim,* 1929): *e)* două cazuri de embolii septice cu formarea de abces la braţe, in urma dilatării

uretrei (*Reynard*, 1927); *f)* caz de uretroragie mortală consecutivă dilatării uterului (*Vintici*, 1928); *g)* embolie gazoasă în urma intervenției pentru hipertrofia prostatei și un papilom al vesicei (*Mathé*, 1929).

10. **Rectoscopia:** ruptura rectului în timpul examenului rectoscopic.

11. **Ortopedia:** *a)* convulsiuni epileptiforme (*Mayer*, 1927); *b)* embolie grăsoasă mortală (*Clarke*, 1927); *c)* fractura capului femurului în intervenția contra unei ankiloze a articulațiunii șoldului, consecutivă unui tratament de 5 luni a unei trombo-flebite (*Kernbach*, 1929).

12. **Chirurgia estetică:** frecvente accidente notate în intervențiile având de obiect: buza-de-iepure; rhinophyma, rhino-scleromul, fibromul nasului; mutilări ale feței; cocoașa pottică; lipomul gâtului; lupusul facial; urechile decolate; mamelele flasce; picioarele diforme, etc.

Recent (1929), tribunalul din Paris a aplicat o sancțiune drastică unui chirurg specializat în acest gen de intervenții, condamnându-l la 200.000 franci despăgubiri civile către femeea care, operată de picioare prea groase, s'a ales cu o gangrenă care a necesitat amputarea unuia dintre membre (*Theveny*, 1929).

VII. Transfuziunea sângelui

Terapeutica aceasta e îndeosebi indicată în marile hemoragii, în șoc, în precauțiunile pre- și post-operatorii; în gușa toxică și exoftalmică; în fibromul anemiant, cancerul anemiant, ulcerul sau cancerul stomacului anemiat sau slăbit; în operațiunile abdominale grave; în toate operațiunile cari fac să se prevadă un șoc posibil, o anemiare mare; în toate operațiile biliare în cari există riscul unei hemoragii post-operatorii. Deasemenea în: intoxicația *exogenă* (ciuperci, oxidul de carbon, mercurul, benzolul, nitrobenzolul, morfina, etc.) sau *endogenă* (uremia, eclampsia puerperală, vărsăturile incoercibile ale sarcinii, acidoza, etc.).

Dar, pe cât e de eficace, transfuziunea e frecvent legată și de primejdii, dacă nu se respectă măsurile de precauțiune prescrise.

1. **Transmisiunea bolilor infecțioase:** sifilisul, tuberculoza, paludismul:

a) Un caz de infecțiune sifilitică (*Ermil Constantinescu* și *N. Vatamanu*, 1929).

b) *Un caz de transmisiune malarică:* malaria latentă de care suferea dătătorul a fost transmisă primitorului; această malarie s'a constituit prin anemia progresivă a dătătorului care a făcut un prea mare abuz cu împrumutul sângelui său (*Schnitzler*, 1929).

2. **Revărsarea în cavitățile pleurale:** 5 cazuri de moarte semnalate de *Buerkle — De la Camp*, 1927.

3. **Supra-încărcarea inimii în caz de insuficiență cardiacă:** moartea e datorită paraliziei miocardului (o observație a lui *Biesenberger*, 1928).

4. **Accidentele de ordin mecanic:** pătrunderea aerului în vene, dilatația acută a inimii.

5. **Accidentele de ordin anafilactic** se notează uneori.

6. **Accidentele de ordin umoral:** incompatibilitatea sanguină (acţiunea aglutinantă şi hemolitică a unui sânge asupra celuilalt). Trebue să se stabilească, în prealabil, dacă globulele donatorului sunt aglutinate sau nu de serul receptorului (un caz de moarte în urma transfuziunii din aceeaş grupă sanguină — *Forsmann*, 1927).

7. **După gravitatea lor avem:** a) *Accidentele imediat uşoare* (frisoane, excitaţie psichică, dispnee, cianosa feţei şi a trunchiului, greaţă, colici) datorite unei transfuziuni prea brusce.

b) *Accidentele imediat grave:* furnicături dureroase în membre, sensaţie de greutate la cap, opresiune precordială, dureri lombare şi abdominale, cianosa feţei, dispnee, încetinirea pulsului, sincopă. Dacă transfuzia nu e întreruptă, se notează numai decât midriasis, câteva rapide mişcări respiratorii şi moartea (**şocul coloidal**).

c) *Accidentele tardive.* — 1. Unele sunt *uşoare şi efemere:* cefalee, febră, prurit, urticaria, eritem şi edem localizat. — 2. Altele, datorite eterogeneităţii sanguine, sunt *grave:* hemoglobinuria urmată, în majoritatea cazurilor, de albuminurie, cilindrurie, oligurie, crize de uremie convulsivă, edem al feţei şi al membrelor; uneori hemoglobinuria e imediat urmată de anuria mortală.

VIII. Diatermia

Grave accidente nu sunt excluse: 1. un caz mortal cu perforarea peritoneală în aplicarea diatermiei pentru separarea anselor intestinale; 2. un caz de necrozare a duodenului pe o lungime de 1,5 cm. (*Schaefer*, 1927).

IX. Razele ultra-violete

1. Un caz de quasi-orbire (*Thies*, 1929); 2. formaţiunea neoplastică pe terenul unei grave radiodermite, ulterior tratată cu razele ultra-violete (*Ferrari*, 1929).

X. Razele X şi radioterapia

Accidentele pot fi *superficiale*, interesând numai ţesutul cutanat (radiodermitele), sau *adânci*, atunci când leziunea pricinuită interesează ţesuturile profunde: sterilitatea consecutivă acţiunii prelungite asupra testiculelor şi ovarelor, atrofia foliculilor splinei, atrofia ganglionilor limfatici, modificări ale formulei sanguine.

Excepţionale în examenul radiografic şi radioscopic (atunci când acţiunea razelor X e mai prelungită), accidentele sunt destul de frecvente în radioterapie, întotdeauna din cauza unei greşite dozări a razelor sau a nedeterminării activităţii substanţei radioactive.

Leziunile pricinuite de razele X îmbracă forma arsurilor sau a modificărilor cronice: roşeaţa pielii, cicatrice, atrofii cutanate, îngroşarea epidermei, fragilitatea unghiilor, necroze, tumori greu de vindecat, reducerea potenţei sexuale, sterilitatea. — Dintre observaţiile mai recente cităm:

1. Morbul lui Basedow: două cazuri mortale în tratarea acestei boli cu razele X *(Goette*, 1929).

2. Provocarea artificială a menopausei: ulceraţie în regiunea sacrală ca efect tardiv al unei leziuni roentgeniene primare *(Groedel-Lassen*, 1929).

3. Contractarea rinichilor în urma acţiuni razelor X *(Domagk*, 1927).

4. Moartea consecutivă unei leziuni roentgeniene a colonului *(Schilling-Siengalewicz*, 1930).

5. Carcinom ginecologic consecutiv tratamentului roentgenian al unei inflamaţii *(Dehler*, 1927).

6. Cataracta tardivă (după 5 ani) în urma tratamentului roentgenian: la început n'a fost decât o simplă pârlire a pleoapelor, deşi ochii au fost feriţi cu foi de plumb *(Rohrschneider*, 1928).

7. Urechea: o hiperemie durabilă în întreaga reţea capilară a urechii, extravazat în urechea internă, o inflamaţie a urechei mijlocii cu exudat sero-purulent *(Thielemann*, 1928).

8. Necroza tardivă (după 6 ani) a maxilarului în urma tratamentului roentgenian al unui carcinom al buzei superioare: întâiu s'a notat epilarea, după doi ani edem cronic indurat, iar la sfârşit o mare umflare cu febră şi spargerea unui abces cu fistulă consecutivă *(Rohm*, 1927).

9. Formaţiune sarcomatoasă în urma tratamentului roentgenian al unei tuberculoze a cotului *(Baumann*, 1927).

10. Leziuni tardive: *împiedecarea creşterii în tuberculoza oaselor şi a articulaţiunilor*, tratată cu razele X, în 10% din cazurile supuse acestui tratament *(Schmidt*, 1929).

11. Procese imflamatorii în tratamentul ginecologic cu razele X *(Pickhat*, 1929).

12. Leziunile fătului în urma tratării roentgeniene a femeii însărcinate: copilul se naşte cu edem generalizat, revărsare pleurală, revărsare pericardică, ascită, petechii cutanate *(Unterberger*, 1929).

13. Leziuni osoase tardive după tratamentul roentgenian: după 3 ani apar ulcere pe trochanteri şi fracturi spontane ale gâturilor femurelor *(Baensch*, 1927).

14. Necroze tardive ale părţilor moi, ale vaselor şi cartilajelor după tratamentul cu razele X şi cu radium. In 14 cazuri, *Lachapèle* (1926) a notat asemenea leziuni în intervalul dela 3 la 27 luni dela întreruperea tratamentului.

15. Ulcerarea vesicei ca efect tardiv al tratamentului radiologic al uterului *(Dean-Archie*, 1927).

16. Necroza prostatei în urma tratamentului radiologic al hipertrofiei prostatice *(Nicolici*, 1927).

17. Necroze radiologice ale miocardului *(Reuter*, 1927).

18. Necroza cartilajului laringian *(Feuchtinger*, 1927).

19. Infecţiunea simili-difterică a fost notată ca o complicaţiune a arsurilor cauzate de tratamentul terapeutic cu razele X şi cu radium *(Simons*, 1929). Necrozele radiologice se infectează uneori cu micro-organisme cari, atât sub raportul morfologic cât şi sub acela al culturii bacteriologice, seamănă cu bacilii difterici.

20. Gangrena localizată şi gangrena la distanţă în urma acţiunii radiumului asupra colului uterin *(Jayle* 1928).

21. Psichoze consecutive tratamentului roentgenian al ovarelor: *a)* timp de 18 zile, simptome amenţiale, delir, catatonie; *b)* o formă paranoică de o

scurtă durată de 1 an şi 3 luni. In ambele cazuri tratamentul a coincidat cu epoca instalării menopausei *(Dhelius*, 1927).

XI. Dentiştii

Accidentele notate: a. ruperea unuia sau a mai multor dinţi în timpul extracţiunii; *b*. infecţiunea consecutivă extracţiunii (asepsia mânii, nesterilizarea instrumentului); *c*. turburările nervoase (nevralgii mai mult sau mai puţin rebele, paralizii, tetanos, astenopia nervoasă reflexă); *d*. hemoragii cari uneori pot apărea abea la câteva zile dela extracţie; *e*. complicaţiuni interesând ochiul; *f*. fractura maxilarului; *g*. anestezia locală sau generală contra-indicată; *h*. transmiterea bolilor infecţioase; *i*. greşeli în tratarea unui dinte, a unui abces al arcadei dentare; *j*. abces cerebral consecutiv unei extracţii (la 7 zile după extragerea a 4 dinţi s'au manifestat simptome de meningită cu moartea după câteva zile — *Robson*, 1927)

D. Neprevederea

Imprejurările particulare pot concura la a da faptului medical calificarea de crimă, sinucidere sau accident; sarcina expertului e de a confirma sau infirma teza ce se susţine.

Exemple de leziuni ori moarte datorite *neprevederii:*

1. Unul, în glumă sau cu titlu de experienţă, simulează spânzurarea ori auto-strangularea — şi consecinţa glumei sau a experienţei e moartea. Din punctul de vedere etiologic, faptul poate fi calificat şi sinucidere şi accident.

2. Ţii arma în mână cu degetul pe trăgaciu; fără să-ţi dai seama apeşi şi arma se descarcă în tine sau într'o altă persoană: în cazul întâiu faptul are coloritul şi al sinuciderii şi al accidentului; în cazul al doilea, acela al crimei involuntare.

3. Arunci la întâmplare un corp vulnerant şi se nimereşte să lovească o persoană nevizată: pentru victimă e un accident, pentru autor e o crimă involuntară.

Am putea continua cu exemplificările, dar ipotezele făcute sunt suficiente spre a defini faptul medical datorit neprevederii.

DIVIZIUNEA III

IDENTITATEA

După ce am urmărit pe individ din clipa concepţiunii până la aceea a morţii şi a descompunerii, ne-a mai rămas să expunem posibilităţile de identificarea lui atât în viaţă cât şi după încetarea acesteia şi desagregarea mai mult sau mai puţin completă a corpului. Pentrucă variat e interesul societăţii, privit sub unghiul legiuirilor civile şi militare, de a se şti, dacă individul pus în cauză (indiferent de vârstă şi indiferent dacă mai e sau nu în viaţă) e acela în beneficiul sau împotriva căruia prevederile şi sancţiunile legale urmează să fie aplicate. După cum tot atât de frecvente sunt împrejurările în cari expertiza medico-legală e chemată să dea cheea enigmei: individul intrat deacum în putrefacţie, fie că descompunerea a cruţat ori nu anumite particularităţi de identificare, fie că nu ne mai aflăm decât în prezenţa unui schelet sau chiar a unor oseminte răzleţe, — rămăşiţele acestea sunt ele ori nu ale persoanei căutate?

Pentrucă în definitiv, justiţia, societatea are întotdeauna un interes primordial întru descoperirea adevărului cu privire la identitatea persoanei vii, moarte ori distruse, fie că e vorba de fixarea unei răspunderi în penal, a capacităţii şi răspunderii în civil, fie că e vorba de stabilit dacă în cazul cercetat e sau nu e posibilă o confuzie de persoane, e sau nu e întemeiată bănuiala de substituire de persoană (într'o cauză civilă ori comercială, într'o cauză penală, într'o cauză de ordin administrativ, într'o chestiune în legătură cu serviciul militar).

Expertiza identităţii are deci de obiect, după circumstanţe, omul în viaţă ori omul după moarte. Inainte, însă, de a indica elementele de demonstrare în fiecare din aceste două eventualităţi, să vedem cari sunt datele comune în stabilirea identităţii individuale, fie că avem de examinat o persoană vie, fie că expertiza se face asupra unui cadavru.

CAP. I

ELEMENTELE DE IDENTITATE COMUNE OMULUI VIU ŞI CADAVRULUI

Aceste elemente le găsim mai ales in portretul vorbit, în imaginea dactiloscopică, precum şi în amprentele palmare şi plantare.

A. Portretul vorbit

E, ca să ne exprimăm astfel, fotografia descriptivă a individului: o imagine care ne redă toate particularităţile individuale, cu ajutorul cărora, cu mai mare sau mai mică înlesnire, să putem deosebi, într'un grup mai mult sau mai puţin numeros, persoana căutată, vie sau moartă.

Portretul vorbit — bertillonage-ul — e alcătuit din trei părţi: 1. măsurătorile privitoare la diversele părţi ale corpului şi bazate pe observaţiunea că, începând dela vârsta de 20 ani, scheletul uman nu-şi mai modifică decât foarte puţin dimensiunile; 2. notaţiunile interesând coloraţiunea, forma, mărimea şi deviaţiunile dela desenul normal al diverselor părţi ale capului; 3. particularităţile trupului şi ale habitusului individual.

Până la introducerea fişei dactiloscopice, — care constitue cel mai sigur mijloc de identificare — portretul vorbit şi-a făcut proba marei lui utilităţi în diferenţiarea unui individ de altul. Şi aceasta tocmai graţie multiplicităţii elementelor necesare pentru constituirea lui: nu se poate ca, in întreg complexul de asemănare între două sau mai multe persoane, să nu existe şi unul sau mai multe caracteristice absolut individuale; cu chipul acesta am identificat persoana în cauză.

Ansamblul notaţiunilor din portretul vorbit (fotografia luată din faţă şi în profil şi executată în reducerea de 1/5; măsurătorile, celelalte indicaţiuni) formează fişa antropometrică individuală, care se găseşte clasată într'un album al evadaţilor, recidiviştilor ori al persoanelor cari, numai arestate, fără însă a fi şi osândite, au trecut pela serviciul de identificare judiciară.

I. Măsurătorile antropometrice

Făcute cu ajutorul metrului, al echerului şi al compasurilor, măsurătorile acestea privesc talia, anvergura, bustul, capul şi membrele. Deoarece erorile de notaţiune sunt inevitabile, indicăm pentru fiece măsurătoare *eroarea în milimetri compatibilă cu identificarea:*

1. **Talia**: 1—15 mm. Individul e măsurat desculţ şi cu călcâile lipite.
2. **Anvergura** *(depărtarea dela buricele mediusului stâng la buricele me-*

diusului drept, atunci când individul e ținut cu brațele întinse orizontale în stânga și în dreapta): 1—20 mm. Anvergura e întotdeauna superioară taliei.

3. **Bustul:** 1—15 mm.

4. **Capul:** a. *Lungimea, lărgimea și diametrul bizigomatic:* 0.5 — 1 mm. — b. *Lungimea urechii drepte:* 1—2 mm.

5. **Brațul.** — a. *Lungimea cotului stâng* (dela articulația humero-cubitală

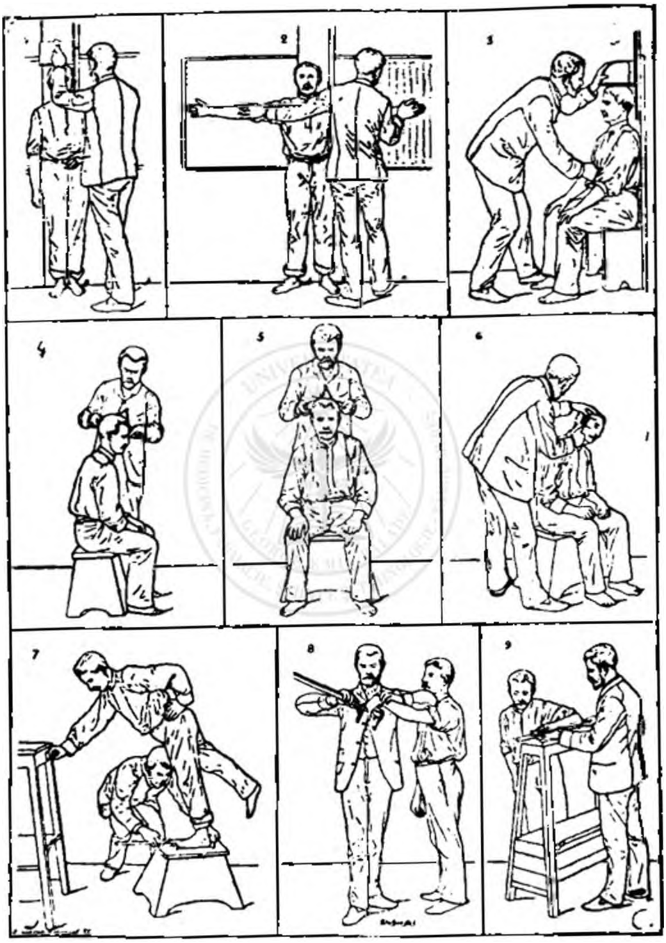


Fig. 253. — Diversele măsurători antropometrice. — 1. Măsurarea taliei în doi timpi. — 2. Măsurarea anvergurei. — 3. Măsurarea bustului. — 4. Măsurarea lungimii capului (diametrul antero—posterior). — 5. Măsurarea lărgimii capului (diametrul transversal). — 6. Măsurarea lungimii urechii drepte. — 7. Măsurarea piciorului stâng. — 8. Măsurarea mediusului stâng. — 9. Măsurarea auricularului stâng.

până la buricele mediusului): 1—3 mm. — b. *Lungimea mediusului stâng:* 0,5 — 1 mm. — c. *Lungimea auricularului stâng:* 0.5—2 mm.

6. **Piciorul.** — *Lungimea labei stângi:* 1—3 mm.

La compararea notaţiunilor măsurătorilor făcute în momentul identificării cu notaţiunile măsurătorilor anterior făcute, atunci când e vorba de un individ a cărui fişă figurează în album, trebue să se ţină seama pedeoparte de eventualitatea unei amputaţiuni sau ankiloze ulterioare, iar pe de alta de diferenţele inerente unei anumite epoci a vieţii. Aşa: *talia* creşte până la 25 ani, iar între 40 şi 60 ani descreşte cu 5—10 mm.; *anvergura* atinge maximul între 22 şi 44 ani; *bustul* creşte cu minimum 5 cm. până la 40 ani, spre a scade după 45 ani; *cotul* creşte cu 2—5 mm. după 17 ani; *laba piciorului* creşte până la 19 ani; *lungimea capului* sporeşte toată viaţa, iar îndeosebi între 40 şi 70 ani se notează o nouă creştere de 2 mm.; *lărgimea capului* atinge maximul la 44 ani.

II. Notaţiunile capului

1. Forma generală a capului văzut în profil

a) *Profilul fronto-nazal:* continuu, paralel, unghiular, arcuit ondulat. — b) *Profilul naso-bucal:* naso-prognat, proeminenţa dinţilor, numai proeminenţa maxilarului inferior. — c) *Profilul total:* prognat, ortognat, semilunar, faţa suptă. — d) *Inălţimea:* cap lung sau cap scurt. — e) *Particularităţi ale formei:* cap in formă de căciulă, cap în formă de carenă, cap cu occiputul turtit ori bombat.

2. Forma generală a capului văzut din faţă

a) *Capul piramidă:* frunte mică şi fălci largi. —b) *Capul rombic:* tâmple ieşite asociate cu o frunte şi fălci strâmte. — c) *Capul pară:* fălcile infundate, asociate cu o frunte largă. — d) *capul biconcav, pătrat sau larg, rotund, oval, dreptunghiular* (lunguieţ), *neregulat.* — e) *Cap* cu fălcile depărtate sau apropiate, cu zigomele depărtate sau apropiate, cu parietalele depărtate sau apropiate. — f) *Faţa* plină (grasă), osoasă (slabă).

3. Părul capului

a. *Abundenţa:* păr des; păr rar. — b. *Chelia* frontală, tonsurală (lipsa părului în creştet), parietală, totală (alopecie); perucă. — c. *Natura sau gradul de increţire a părului:* păr drept, gros, subţire, ţeapăn, moale; păr ondulat, buclat, încreţit, lânos. — d. *Conturul frontal:* dreptunghiular (cu unghiurile mai mult drepte sau cu unghiurile ascuţite); conturul circular. — e. *Culoarea părului:* blond, albinos, blond deschis, blond mijlociu, blond închis; castaniu deschis, mijlociu şi inchis; negru; roşu deschis, mijlociu, închis, roşu-blond, roşu-castaniu; cărunt; alb; cănit; — f. *Notarea şuviţelor izolate* de culoare deosebită.

4. Sprincenele

a. *Situaţia,* după intervalul dintre mijlocul sprincenelor şi mijlocul globului ocular: sprincene înălţate şi sprincene coborite: sprincene inegale (una înălţată şi cealaltă coborită). — b. *Direcţiunea:* oblică internă sau oblică externă. — c. *Intervalul între ele:* sprincene apropiate, depărtate sau îmbinate. — d. *Forma:* sprincene drepte, arcuite, sinuoase sau in zig-zag. — e. *Dimensiunile:* sprincene lungi şi scurte; sprincene groase şi subţiri. — f. *Abundenţa:* sprincene dese sau rare. — g. *Natura:* sprincene ţepoase sau moi. — h. *Culoarea:* după diversele nuanţe ale părului capului.

5. Barba și mustățile

a) *Absența* lor se notează prin: *spân.* — b. *Nuanța* (vezi diversele nuanțe ale părului capului). — c. *Abundența:* barbă și mustăți dese, rare; barbă rasă, mustață rasă. — c. *Dimensiunea:* barbă și mustăți lungi sau scurte. — e. *Natura perilor:* tari, moi, drepți, buclați, frizați, creți. — f. *Forma bărbii:* barbă întreagă (in dreptul urechilor, se unește cu prelungirea părului capului); barbișon, cioc, zgardă, favorite, muscă. — g. *Tăitura bărbii:* potcoavă, ascuțită, cioc american, etc. — h. *Mustața:* tunsă, cu sau fără vârfuri, cu extremitățile rase, etc.

6. Fruntea

a *Inclinarea:* oblică, aproape verticală, verticală, bombată sau proeminentă. — b *Inălțimea:* mică, mijlocie, mare, foarte mare. — c. *Lărgimea:* mică, mijlocie, mare, foarte mare. — d. *Particularități:* proeminența boselor frontale, profilul curb. — e. *Arcadele sprincenare:* mici, mijlocii, mari.

7. Ochii

a) **Pleoapele:** mărimea crăpăturii dintre pleoape (spintecătură mare sau mică); înălțimea deschizăturii (pleoape puțin desfăcute și pleoape foarte desfăcute); pleoapa superioară acoperită sau descoperită, după cum partea mobilă a pleoapei, pe marginea căreia se află genele, dispare sau nu sub partea fixă, atunci când ochiul este deschis; o revărsare, externă sau internă, dreaptă sau stângă a pleoapei superioare, atunci când partea fixă a pleoapei formează o umflătură și acoperă partea mobilă, fie spre unghiul intern fie spre cel extern al pleoapelor (in caz de revărsare spre unghiul intern avem ceeace se numește *ochiul cu frâu);* pleoapa atârnândă, atunci când partea mobilă a pleoapei superioare nu se ridică bine; pleoapa cu pungă (pleoapa inferioară cu cute), pleoapa groasă, când marginea pe care se găsesc genele e îngroșată; pleoape roșii, total sau parțial lipsite de gene, pleoape urduroase, pleoape cu gene lungi, scurte, rare, albe, pleoape ectropion și entropion.

b) **Orbitele:** înalte sau joase; scobite sau pline.

c) **Spațiul dintre ochi:** intervalul dintre unghiurile interne ale pleoapelor.

d) **Globul ocular:** proeminență mare (ieșit), proeminență mică (infundat); strabism drept sau stâng, convergent sau divergent; ochiu cu irisul ridicat (o fâșie albă între iris și pleoapa inferioară); nistagmus orizontal sau vertical.

e) **Culoarea irisului dela ochiul stâng.** — *Irisul nepigmentat:* nuanța uniformă (azuriu, ardoazat, violaceu, lăptos, palid). *Irisul pigmentat:* galben, portocaliu, castaniu deschis și închis. — *Irisul pestriț; irisul cu albeață, cu arcul senil.*

De notat însă: 1. culoarea irisului nu se mai distinge la cadavrul in putrefacția inaintată, când corneea e turbure sau a devenit opacă; 2. la un cadavru care a stat în apă, corneea e turburată și se poate chiar observa desprinderea epiteliului cornean; 3. la un cadavru care a suferit acțiunea căldurii, culoarea irisului e modificată (din castanie devine albastră).

f) **Pupila:** dilatată, piriformă (in sens vertical, orizontal sau oblic), excentrică, pupila cu cataractă.

8. Nasul

Atât la omul viu cât și la cadavru nasul poate fi mutilat; la cadavru el mai poate fi deformat de putrefacție sau de macerație.

a) **Rădăcina:** scobitură mică, mijlocie, mare.

b) **Spinarea:** dreaptă, concavă, convexă, convexă cu curbă neregulată.

sinuoasă. — La lucrătorii din minele de cărbuni se notează o dungă neagră pe spinarea nasului.

c) **Baza:** foarte ridicată, ridicată, puțin ridicată, orizontală, puțin sau mult aplecată în jos.

d) **Inălțimea** (lungimea) măsurată vertical dela punctul cel mai adânc al rădăcinii până la marginea liberă a nării: nas mic, mijlociu, mare, foarte mare.

e) **Proeminența** (distanța între vârful nasului și inserția nării pe obraz): foarte mică, mică, mijlocie, mare, foarte mare.

f) **Lărgimea** (distanța orizontală cea mai mare dintre cele două aripi ale nasului): foarte mică, mică, mijlocie, mare, foarte mare.

g) **Particularități:** rădăcina foarte îngustă sau foarte largă: spinarea în formă de *S*: nasul cu o umflătură ovală în treimea superioară a spinării, spinarea foarte subțire sau foarte largă: spinarea turtită: nasul strâmbat (în dreapta sau în stânga): vârful nasului subțiat, gros deviat la dreapta sau la stânga, vârful turtit; nasul bilobat: nasul cu fosete sau șanțuri: nasul cu septul descoperit (când septul depășește nivelul nărilor): nasul cu nările groase, cu nările îndoite înăuntru.

9. Gura

a) **Desenul:** gură mare sau mică: strânsă sau căscată: colțurile înălțate sau lăsate în jos: gura oblică la dreapta sau la stânga, gura în formă de inimă.

b) **Buzele.** — Proeminența uneia din buze în raport cu cealaltă. — Buze groase sau subțiri, buză cu marginea mică sau mare. — Buza superioară suflecată: buza inferioară atârnând în jos. — Distanța naso-labială: mare sau mică. — *Particularități:* șanț median pronunțat: buză de iepure: cicatricele sau crăpăturile consecutive unui accident, unei operațiuni.

10. Dinții

Se notează particularitățile privitoare la:

a) **Coroana:** forma accidentată a acesteia, fie pe fața triturantă, fie pe fețele anterioară și posterioară, fie în sfârșit, pe fețele proximale; dintele tricorn, dintele Hutchinson, dintele în formă de corn, dintele de pește.

b) **Volumul:** gigantismul (toți dinți sau numai unii de o mărime escesivă): nanismul (toți sau numai unii dinți de o micime escesivă).

c) **Numărul.** — Absența totală sau parțială a dinților, care poate fi de origine accidentală, operatorie (extracția), sau naturală. In acest din urmă caz, absența dinților e sau de natură ereditară sau consecutivă unei boli infecțioase care a distrus foliculele dentare (1. doi frați — un bărbat de 28 ani și o femee de 30 ani — n'au avut niciodată caninii superiori din dreapta: 2. un adult care n'a avut niciodată incisivul lateral inferior din dreapta; 3. un adult cu absența congenitală a tuturor dinților; 4. absența frecventă a măselelor de minte).

d) **Dinții supra-numerari** sunt de regulă un efect al ereditășii. Se notează foarte frecvent, îndeosebi la maxilarul superior, atât în prima dentiție cât și în cea definitivă.

e) **Sediul:** uzurparea locului altui dinte (un canin pe locul destinat unui incisiv); dinți crescuți sub alți dinți (de exemplu: sub cei doi incisivi superiori din dreapta, se aflau alți incisivi: primii fiind extrași, au crescut acei cari se aflau dedesubt).

f) **Poziția și direcțiunea.** — Numai excepțional, fie datorită unui viciu de erupțiune, fie unei afecțiuni a arcadei dentare sau unei luxații ușoare (traumatică sau patologică) se poate nota la unul sau chiar la mai mulți dinți o deviare dela poziţia şi direcţiunea normală, care e cea verticală. Deviaţiunea aceasta se prezintă sub diverse forme: 1. *anteversiune* — dintele aplecat nainte; 2. *retro-versiune* — dintele aplecat înapoi; 3. *latero-versiune* — dintele aplecat spre dreapta sau spre stânga; 4. *rotaţiunea pe axă* — dintele răsucit pe loc, cu o faţă laterală in afară şi cu cealaltă înăuntru.

In genere, direcţiunea dinţilor, luaţi in totalitatea lor, e in funcţiune de insăş direcţiunea maxilarelor. — Vom deosebi: ortognatismul, prognatismul (complect şi dublu, complect dar simplu, prognatismul maxilar, prognatismul mandibular), opistognatismul.

g) **Sudura dinţilor vecini.** — Cazuri excepţionale in cari se notează contopirea mai mult sau mai puţin perfectă a doi dinţi vecini.

h) **Dinţi cu pete albe.**

i) **Alteraţiunile patologice ale dinţilor:** eroziunile coroanei, caria dentară, decalcifiarea cimentului, inegrirea dinţilor, uzura gâtului dintelui.

j) **Alteraţiunile profesionale ale arcadelor dentare:** semnele acţiunii diverselor substanţe chimice asupra dinţilor persoanelor cari le manipulează (plumbul, fosforul, cuprul, fierul, argintul, arsenicul, bismutul).

k) **Dinţii de fumători.**

l) **Dinţii plombaţi, dinţii imbrăcaţi, dinţii artificiali.**

11. Barbia

Mare sau mică: oblică sau proeminentă; ascuţită, lată sau pătrată; bărbia cu gropiţă sau bărbia cu şanţ mare; bărbia bilobată; bărbia in formă de galoş, bărbia turtită; şanţ mare sub bărbie, bărbie cu guşă (bărbie dubla).

12. Faţa

a) **Profilul fronto-nazal** (dela inserţia părului la vârful nasului): profil grecesc, profil frânt, profil paralel. — **Profilul nazo-bucal** (vezi dinţii: prognatismul, ortognatismul şi opistognatismul). — **Profilul occipital:** occiput turtit, occiput bombat.

b) **Conturul:** faţă ovală lunguiaţă, piriformă, rombică, piramidală, pătrată, dreptunghiulară, asimetrică.

c) **Culoarea feţei:** nuanţele după rasă; nuanţa particulară individului (faţa pârlită, faţa palidă, faţă gălbuie, faţă sângioasă).

d) **Particularităţi:** gălbinare, pistrui, bube, cicatrice, urme de mutilare.

e) **Zbârciturile:** *frontale* (totale sau mediane); *intre sprincene* (verticale, oblice, mediane, in dreapta sau in stânga; triunghiu sau trapez; orizontale, in formă de accent circumflex; unice, duble sau multiple); *temporale* (laba gâştii); şanţul *nazo-labial; şanţurile verticale sau orizontale ale gâtului; cută la ceafă, increţiturile* bucale (dinapoia comisurilor, in forma unor linii concave, îndreptate spre gură).

13. Urechea dreaptă

Caracterele acesteia sunt întotdeauna fixe.

a) **Forma generală:** triunghiulară, dreptunghiulară, ovală, rotundă.

b) **Depărtarea:** urechea întreagă poate fi uniform depărtată de cap (depărtare totală) ori numai parţial (depărtare superioară, posterioară, inferioară); urechea poate fi, total sau parţial, lipită de cap.

c) **Marginea sau helixul.** — Se notează: lărgimea cutei dela partea superioară a helixului (turtită, mică, mijlocie, mare); lărgimea cutei dela partea posterioară a helixului (turtită, mică, mijlocie, mare). — *Particularităţile marginii:* lărgimea escesivă a cutei posterioare (lărgime darwiniană); proeminenţa darwiniană — vârful de dinte de ferestrău; tuberculul darwinian — o mică bulă sidefie, in partea dinapoi a părţii superioare a helixului; conturul ascuțit al părții superioare (un unghiu ascuțit în mijlocul acestei părți); conturul supero-anterior ascuțit sau drept (un unghiu ascuțit sau drept în partea anterioară a marginii superioare); conturul supero-posterior ascuțit sau drept; conturul bicudat (când marginea superioară, cudată aproape în unghiu drept în partea dinspre obraz, se mai recurbează în unghiu drept la nivelul marginii posterioare).

d) **Lobul.** — Conturul lui, constituit de marginea sa liberă, poate fi descendent, în echer, în formă de golf (lobul complect desfăcut de obraz). — *Modelul* suprafeței lobului: traversat, unit (suprafață turtită, fără concavități și fără bosă), mamelonat. — *Particularități:* lob mic sau lob mare, îngust, larg, ascuțit sau pătrat, găurit, spintecat, lob cu înclinare oblică internă sau externă, lob sucit anterior, lob cu virgulă; lob cu încrețitură oblică posterioară care-l străbate în diagonală de sus în jos și dinainte înapoi; lob bilobat

e) **Tragusul:** bifurcat, ascuțit, acoperit cu păr, foarte mare sau foarte mic

f) **Antitragusul:** înclinarea, profilul, volumul. *Particularitățile:* foarte apropiat de tragus, fuzionat cu acesta, acoperit cu păr.

g) **Antihelixul.** — *Particularități:* îngroșat, hematom.

h) **Scoica:** joasă sau înaltă, strâmbă sau largă; scoică ieșită, scoică traversată.

i) **Diverse particularități:** canalul intertragian larg sau strâmt; helixul separat de lob printr'un șanț; ureche îngustă sau lată; inserția oblică sau verticală a urechei; tuberculul supratragian.

III. Corpolența

1. **Gâtul:** scurt, lung, subțire (slab), gros (gras); gușă, mărul lui Adam ieșit.

2. **Umerii:** largi sau strâmți; orizontali sau oblici; un umăr mai jos decât celalt.

3. **Pieptul:** bombat sau intrat.

4. **Centura:** mică, mijlocie, mare.

IV. Semnele particulare

1. **Anomaliile scheletului:** devieri ale coloanei vertebrale; semnele rachitismului la torace; osteomalacia; îngroșările sifilitice ale oaselor, artrita deformantă; fracturi, cicatrice fracturale; absența sau scurtarea unuia sau a ambelor membre superioare sau inferioare; absența mânii sau a labei piciorului; amputarea parțială a unuia din membre; membrele strâmbate, anchilozate; anomalii ale capului; sindactilia; polidactilia; ectrodactilia unilaterală sau bilaterală; diferența de lungime la oasele brațelor, după cum individul e dreptaciu sau stângaciu (diferența de lungime poate fi de 8—22 mm.).

2. **Unghiile:** colorația lor particulară; desvoltarea escesivă; uzura sau roaderea lor; unghiile striate; la dreptaci unghiile mânii drepte sunt mai late și mai turtite decât cele dela mâna stângă; la stângaci, e invers.

3. **Cicatricele fibroase** (cari sunt indelebile), **naevi materni; petele albe** pe față, mâni și chiar pe tot corpul, pistruii; **coșurile**, abcesele, furunculele, lupus; urmele variolei, tumorile; scrofula; o boală cronică (în afacerea Gouffé, *Lacassagne* a dovedit că victima asasinatului suferea de gută, ceeace a fost confirmat prin anamneză).

4. **Starea și forma mamelelor.**

5. **Particularitățile diverselor regiuni ale corpului:** infirmități congeni-

tale sau dobândite; hernii, varice, kisturi, etc.; cicatricele lăsate de ventuze, de lăsare de sânge, urmele injecţiunilor.

6. **Mutilările eventuale; urmele intervenţiunilor chirurgicale sau ale accidentelor.**

7. **Ochii de sticlă.**

8. **Protezele dentare.**

9. **Stigmatele profesionale.** — E vorba de modificările de atitudine, de hipertrofia unor anumite părţi ale corpului, de anumite boli, de alteraţiunile cutanate, cari toate sunt mai mult sau mai puţin specifice unei îndeletniciri determinate sau unui grup de profesiuni.

a) *Aceeaş mişcare repetată* imprimă hipertrofia unei părţi a corpului: de exemplu, desvoltarea bicepsurilor şi a muşchilor pectorali.

b) *Atitudini vicioase* consecutive unei repetate poziţiuni nemodificate: de exemplu, spatele adus la cei cari scriu zilnic, la profesioniştii aplecaţi peste obiectul pe care-l fasonează.

c) *Bolile profesionale* (vezi descrierea lor la: „Accidentele"): asteniile, varicele, spasmul profesional.

d) *Ingroşarea pielei* (formarea de calozităţi): *la mâna*, prin urma lăsată de frecarea repetată a sculei ţinute; *la braţ, umăr, piept, şolduri, picioare*.

e) *Alterarea structurei pielei:* arsuri, crăpături, tumori şi kiste subcutanate, dermite; deformarea, distrugerea parţială sau totală a unghiilor.

f) *Coloraţiunea specifică a pielei* după îndeletnicirea individului (cărbunarii, vopsitorii, zugravii, coşarii, etc.).

g) *Deformarea unor părţi ale corpului.*

* * *

Nu stăruim asupra aşa ziselor stigmate profesionale, pentrucă pe deoparte sunt inconstante, iar pe de alta multe din ele cu timpul se atenuează sau chiar dispar cu totul, atunci când individul se lasă de îndeletnicirea care le-a provocat

Ca exemplificare dăm câteva indicaţiuni în ce priveşte localizarea şi natura modificărilor profesionale (bătături, colozităţi, burse seroase, deformări):

1. **Cismarii:** în regiunea hipotenară a mânii drepte (ţinerea cuţitului); deasupra genunchiului drept (loviturile de ciocan).

2. **Croitorii, bărbierii:** urmele lăsate pe degetele cari ţin foarfecile.

3. **Fierarii:** întărirea podului palmei drepte, la nivelul bazei degetelor (ţinerea ciocanului).

4. **Parchetarii:** dedesubtul rotulelor o îngroşare a pielei şi prezenţa unei burse seroase.

5. **Cusutoresele:** numeroase înţepături negricioase pe pulpa indexului stâng.

6. **Spălătoresele:** retracţiunea aponevrozei palmare şi a tendoanelor flexorilor dela mâna dreaptă (din cauza mişcării repetate de stoarcere a rufelor)

7. **Călcătoresele:** o pronunţată extensiune a ligamentelor palmare (consecutivă apăsării şi netezirii repetate, cu degetele, a cutelor depe rufe înainte de a le călca).

8. **Zarzavagiii:** îngroşarea epidermei umerilor (consecutivă compresiunii exercitate de cobiliţă).

9. **Plăpumarii:** câte o bursă seroasă în dreptul maleolelor externe (obiceiul de a sta turceşte).

10. Chirurgii sau acei cari umblă cu mânile prin sublimat: îngroșarea, crăparea și înegrirea epidermei.

11. Persoanele cari umblă cu mânile prin lichide calde ce conțin sodă potasă, leșie, sau cari freacă substanțe cum sunt lâna, mătasea, părul: o subțiere a epidermei.

12. Mânuitorii condeiului: o îngroșare a feței latero-dorsale a auricularului (frecarea de hârtie) și o depresiune pe fața externă a mediusului (ținerea tocului sau a creionului), la mâna dreaptă sau la cea stângă, după cum avem aface cu un dreptaciu sau cu un stângaciu.

13. Desenatorii, cioplitorii în piatră, sculptorii în lemn, etc.: curbarea coloanei vertebrale și deformarea sternului.

14. Făinarii, pietrarii, tăietorii de lemne, măturătorii, etc.: pulberea ce se depune pe păr, sub unghii, pe haine.

V. Tatuajul

In marea majoritate a cazurilor semn indelebil, tatuajul, ca element de identificare, are o mare valoare medico-legală, pentrucă, după plastica definiție a lui Lacassagne, „il dit souvent plus que le nom". Simplul examen al desenului (subiectul acestuia) constitue un prețios punct de orientare pentru stabilirea clasei sociale, a îndeletnicirii individului, a trecutului și moravurilor acestuia.

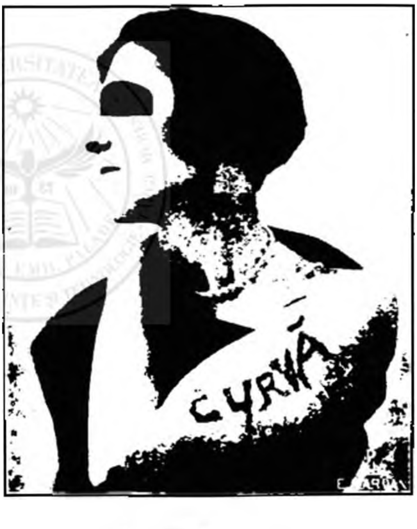


Fig. 256. — Tatuaj criminal: o tânără femee din București (1930) petrece în tovărășia a trei tineri intelectuali, în camera unuia dintre aceștia; drept mulțumire, doi din ei au ținut-o imobilizată, iar al treilea a însemnat-o pe brațul stâng cu inscripția ce se vede *făcută cu vitriol.*

1. Etiologia

Avem două clase mari de tatuaje: tatuajul involuntar și tatuajul voluntar.

a) Tatuajul involuntar poate fi consecința unui accident, a unei crime, a unei intervențiuni medicale; el mai e, de cele mai multe ori, inerent meseriei sau profesiunii.

I. *Tatuajul accidental*: incrustațiunile de pulbere de cărbune în caz de explozie într'o mină; petele de arsură cauzate de contactul cu un lichid caustic.

II. *Tatuajul criminal:* zona tatuată în caz de împușcare; urma lăsată de un instrument înroșit în foc; petele lăsate prin stropirea sau desinarea cu un lichid caustic.

III. *Tatuajul medical:* colorațiunea închisă căpătată de piele în locurile unde au fost aplicate vesicatorii.

IV. *Tatuajul profesional:* incrustaţiunile în piele ale prafului de cărbune (minierii), ale pulberei de metale (lucrătorii din minele de aur, lucrătorii strungari, căldărari, etc).

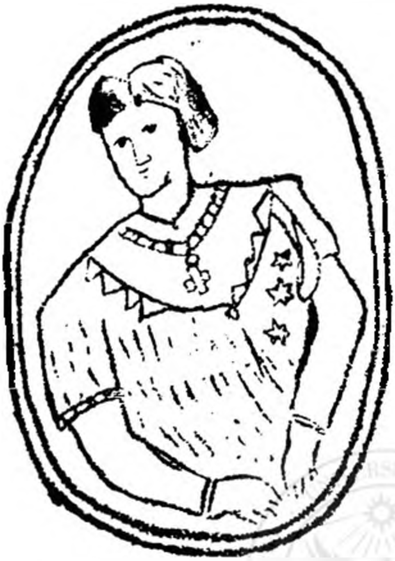


Fig. 257. — Tatuaj patriotic (dinastic): portretul Reginei Elisabeta, notat pe pieptul unui deţinut (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România").

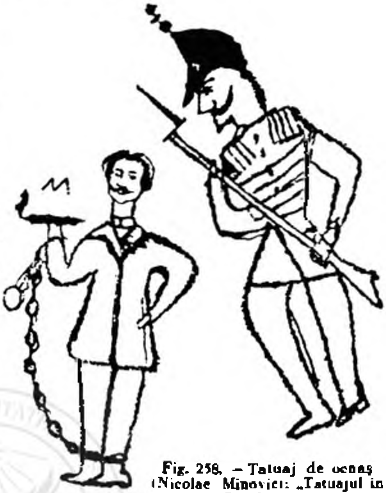


Fig. 258. — Tatuaj de ocnaş (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România").

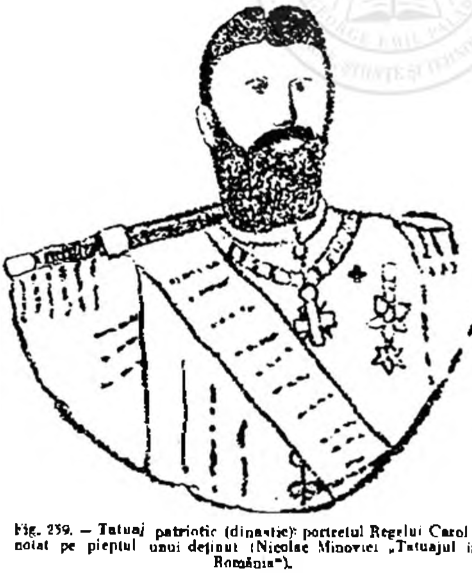


Fig. 259. — Tatuaj patriotic (dinastic): portretul Regelui Carol I notat pe pieptul unui deţinut (Nicolae Minovici „Tatuajul în România").

b) Tatuajul voluntar.

I. *Clasa socială şi îndeletnicirea.* In ordinea frecvenţei. tatuajul se întâlneşte la: foşti şi actuali clienţi ai puşcăriei, maniaci, alienaţi, prostituate, întreţinuţii acestora, marinari. soldaţi ai armatei de uscat, lucrători. Excepţional la intelectuali, tatuajul se mai poate nota şi în lumea bună, unde apare ca un produs al snobismului, al modei.

II. *După sex*, tatuajul e mai frecvent la bărbat decât la femee.

III. *Vârsta.* — Individul se tatuează la orice vârstă, începând cu epoca adolescenţei şi sfârşind prin aceea a adâncilor bătrâneţi. La copii, înainte de perioada pubertăţii, tatuarea e foarte rară.

O statistică, întocmită de Profesorul Nicolae Minovici pentru 506 tatuați ne dă următoarele informațiuni asupra epocii tatuării: 141 înainte de 20 ani: 283 între 21 și 25 ani; 39 între 26 și 30 ani; 35 între 31 și 40 ani; 5 între 41 și 50 ani; câte un tatuaj la 52, 62 și 75 ani.

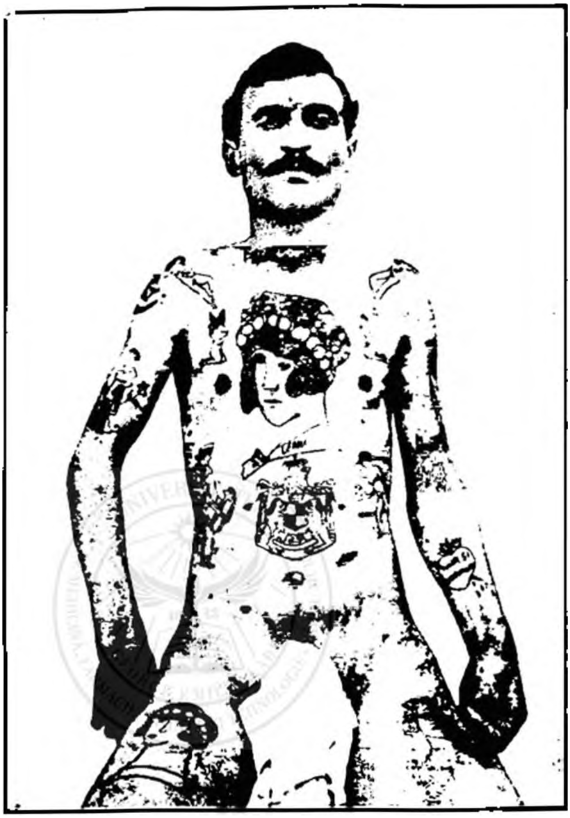


Fig. 260. — Tatuaj pe piept, brațe și picioare

IV. *Inspirația, mobilul:* credința religioasă, sectarismul, sentimentul patriotic, tradiția, imitația, dragostea, vanitatea, pornirile răsboinice.

2. Categoriile

Tatuajul traducând un sentiment adânc încolțit în suflet, o stare cerebrală, numărul categoriilor sale va fi în raport cu diversitatea imboldurilor lăuntrice și cu mentalitatea individului, a mediului în care trăește.

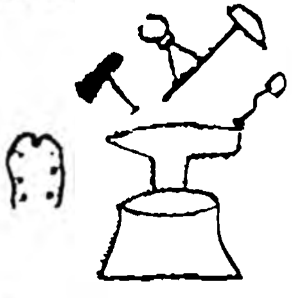


Fig. 261. — Tatuaj profesional: emblemă înfățișând sculele unui potcovar (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România").

a) *Tatuajul mistic:* embleme religioase, înfățișând divinitatea la care te'nchini, îngeri, sfinți, preoți, biserici, temple, atributele divinității.

b) *Tatuajul patriotic:* chipurile domnilor, chipurile eroilor, decorațiile date ca răsplată pentru vitejie.

c) *Tatuajul războinic:* embleme și inscripțiuni înfățișând o năzuință ori caracterizând o lozincă; desene reprezentând o luptă corp la corp, o încăierare în massă.

d) *Tatuajul erotic:* figuri și inscripțiuni mai mult sau mai puțin obscene.

e) *Tatuajul afectiv*: figuri şi inscripţiuni exprimând dragostea, mânia, sentimentul de răzbunare, desnădejdea, o mare bucurie sau o durere nespusă.

f) *Tatuajul profesional*: inscripţiuni şi embleme cari înfăţişează îndeletnicirea individului: marinar, soldat din armata de uscat şi cea aeriană, lăcătuş, potcovar, cismar, tâmplar, florar, etc.

g) *Tatuajul istoric*: inscripţiuni, embleme, chipuri din istoria neamului ori a omenirii.

h) *Tatuajul episodic*. o emblemă, o inscripţiune reamintind un episod din viaţa individului.

i) *Tatuajul familial, corporativ*: inscripţiuni şi embleme, perpetuate în familie: inscripţiuni şi embleme cari trădează breasla, asociaţia secretă căreia aparţine individul.

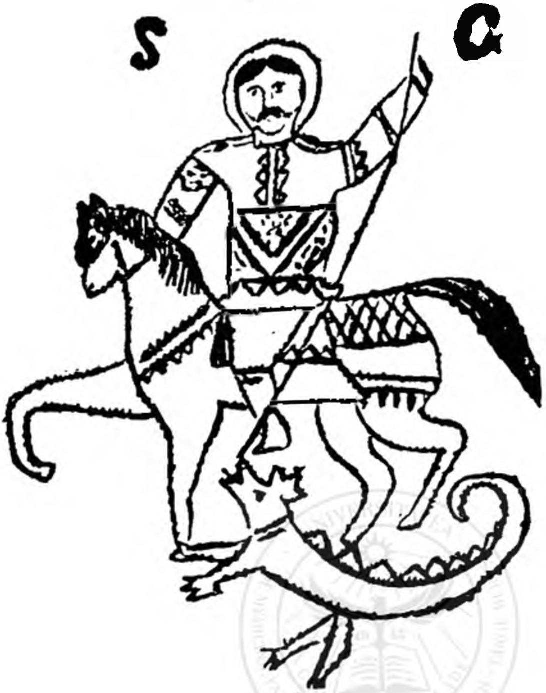


Fig. 262. — Tatuaj mistico-religios: Sf. Gheorghe desenat pe pieptul unui maniac religios (Nicolae Minovici: „Tatuajul în Romania").

j) *Tatuajul fantezist* (îndeosebi la alienaţi): inscripţiuni de natură diferită, figuri din întreg regnul animal, vegetal şi mineral.

k) *Tatuajul armatei criminalilor*: inscripţiuni şi embleme înfăţişând armele de predilecţie, în săvârşirea faptelor nelegiuite.

l) *Tatuajul specific al homosexualilor*: inscripţiuni şi figuri obşcene.

m) *Tatuajul terapeutic*. Există popoare înapoiate la cari tatuajul e practicat la tâmple, mâni, umeri, genunchi, ceafă, gât, piept, spinare, picior, în credinţa că astfel se combat anumite boli: durerea de cap, nevralgiile, bolile de stomac, dermatitele, tumorile, leziunile oaselor şi ale articulaţiunilor.

n) *Tatuajul estetic* practicat în scopul de a masca o cicatrice, o alteraţiune a pielei.

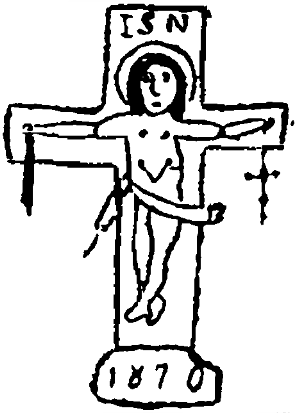


Fig. 263. — Tatuaj înfăţişând un crucifix (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România")

3. Regiunea tatuată

De fapt nu există zonă a trupului omenesc pe care să nu se poată da peste un tatuaj, pentrucă alegerea regiunii depinde, foarte des, de capriciul individului: numai la acei cari fac parte dintr'o anumită tagmă, tatuajul are un sediu mai mult sau mai puţin stabil.

Mai frecvent, însă, sediul de predilecţie e braţul, dosul mânii, pieptul, gâtul, spatele, piciorul, pântecele, coapsele, bucile şezutului, pubisul, penisul.

Excepţional putem nota tatuajul pe: craniul chel, frunte, faţă, pleoape,(tatuajul aşa zis estetic după care se prăpădesc unele femei din lumea snobismului).

4. **Procedeele de tatuare:**

Tatuajul se realizează prin introducerea sub epidermă, la adâncimi variabile, de materii colorante spre a se obţine o inscripţie, un desen menit a nu dispare niciodată. Materiile colorante sunt: cerneala de China, cărbunele de lemn pisat şi întins cu apă, cerneala albastră, sineala, albastrul de Prusia, carminul.

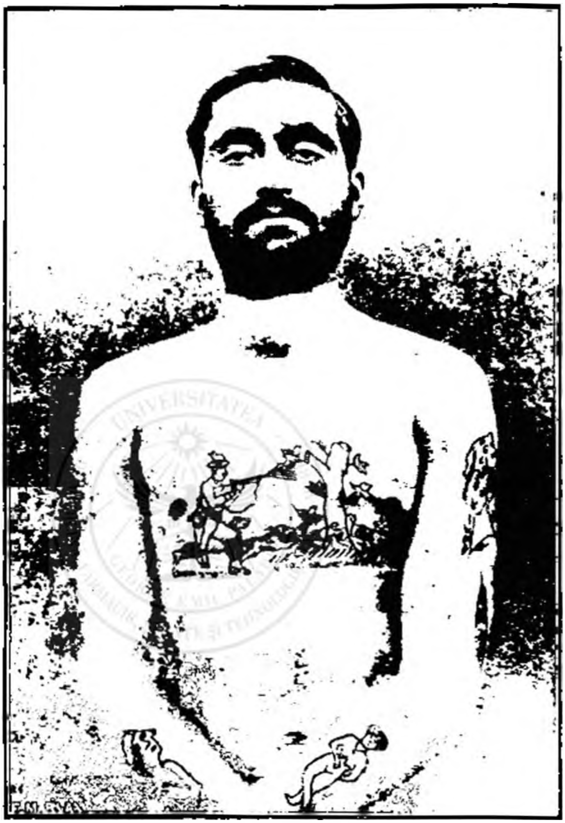


Fig. 364. Tatuaj complex: *profesional* (scenă de vânătoare pe piept) şi *erotic* (cap, bust şi trup de femee pe braţe).

a) **Tatuajul prin înţepare** e cel mai răspândit şi cel mai artistic ca execuţie. Tatuorul se serveşte de un grup de ace foarte subţiri (3.5.10) cu vârfurile la acelaş nivel şi prinse cu o aţă sau o sârmă fină de capătul unui beţişor. Cu acest instrument se desinează, prin înţepare (la o adâncime de 0.5 mm., rar mai mare) inscripţia, figura sau complexul simbolic Uneori operaţia înţepării e reînoită, spre a se obţine o aparenţă mai pronunţată a culorilor întrebuinţate. Odată operaţia terminată, locul tatuat e spălat cu apă, salivă sau urină.

b) **Tatuajul prin scarificare**: inciziuni parte superficiale, parte identice cu cele făcute de ventuzele cu sânge.

c) **Tatuajul prin cicatrizare**: o serie de inciziuni relativ adânci; rănile sunt menținute deschise, astfel ca, după vindecare, cicatricea să reproducă însăș forma tăieturii.

d) **Tatuajul prin arsură, ulcerare, înmugurire**: după producerea arsurii, se desprinde crusta, iritându-se apoi rana spre a se provoca ulcerarea și înmugurirea.

e) **Tatuajul sub-epidermic.** — Cu ajutorul unui ac se introduce, sub epidermă, un fir lung de ață, uns cu o materie grasă (untura de pește amestecată cu negrul de fum). Operația se repetă, obținându-se un desen fie alcătuit din linii paralele drepte sau linii curbe concentrice, fie constituind o cruce, o stea, etc.

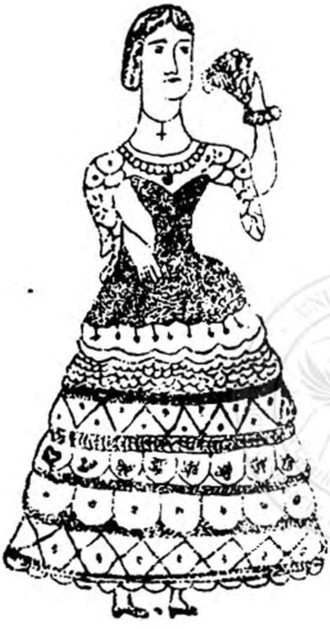


Fig. 265. — Tatuaj reprezentând pe o cântăreață de care era îndrăgostit individul: desen executat pe pieptul acestuia. (Nicolae Minovici: „Tatuajul în România").

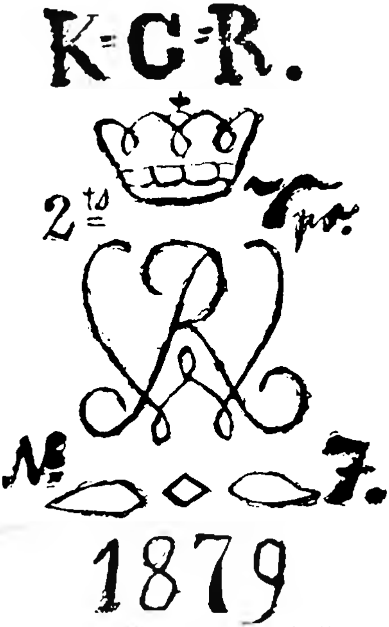


Fig. 266. — Tatuaj făcut pe braț (Nicolae Minovici „Tatuajul în România")

f) **Tatuajul mixt**: o combinație a două din procedeele descrise sub literele b, c, d și e.

g) **Tatuarea superficială**: semnul, inscripția, emblema sunt făcute fără înțeparea sau incizia pielei, ci numai prin simpla aplicare a unui tipar uns cu o materie colorantă (pecete, șablon, etc.) sau cu ajutorul unei pensule.

4. Accidentele consecutive tatuajului

Ele pot fi foarte grave, chiar mortale, fie prin transmiterea sifilisului, tuberculozei (asepsia instrumentului, acțiunea salivei sau a urinei cu care se spală locul tatuat), fie prin provocarea de flegmoane, erisipel, gangrenă. *(Vezi și studiul rănilor cauzate de instrumentele înțepătoare).*

5. Detatuarea

Tatuajul executat prin înțeparea sau inciziunea epidermei e mai mult sau mai puțin indelebil, după puterea de rezistență a materiei colorante întrebuințate. Dimpotrivă, tatuajul superficial dispare cu timpul dela sine ori mai repede prin spălare și frecare.

Dar nici tatuajul executat după toate regulile artei nu-și păstrează infinit nuanțele primitive, ci încetul cu încetul acestea se atenuează. Vom avea deci o mai mult sau mai puțin pronunțată detatuare automată, care se traduce fie printr'o pălire totală sau parțială a desenului, fie chiar printr'o dispariție aproape complectă a unei părți a tatuajului; în cazul din urmă, rămâne în loc o cicatrice punctată vizibilă.

Detatuarea automată se notează mai ales în părțile desenate cu carmin, pe când cele desenate cu cerneala de China sunt cele mai persistente. In definitiv, cu cât mai mare e solubilitatea materiei colorante, cu atât mai lesne se produce și detatuarea automată.

Am examinat un mare număr de tatuaje într'o culoare și în două culori și rezultatul studiului nostru, ținând seama de vechimea desenului, e următorul:

1. Tatuaje cu o singură culoare. — a) *Pălesc cu timpul* cele colorate în roșu, în albastru și în negru (cerneala ordinară, cerneala de China, praful de pușcă). — b) *Se șterg parțial* tatuajele colorate în roșu și în negru — c) *Se șterg cu totul* cele colorate în roșu.

2. Tatuajele în două culori. — a) Din 187 tatuaje examinate am notat: 144 cu desenul foarte pronunțat: 28 pălite, 15 parțial șterse. — b) In acelaș număr de tatuaje am notat la unele pălirea sau ștergerea uneia din culori: *roșul* pălit în 39, șters parțial în 55 și total în 33; *negrul* pălit în 1 și șters în 3.

Detatuarea artificială se obține prin numeroase procedee dintre cari cele mai eficace sunt:

a) *Vesicarea combinată cu aplicarea de substanțe caustice;* dar după căderea escarei care se formează rămâne o cicatrice indelebilă.

b) *Introducerea în punctele de înțepare* a unor picături de zeamă de lămâie, de bioxalat de potasiu, de etilat de sodiu; apoi se freacă. In definitiv, recurgem la un fel de tatuare nouă pentru înlăturarea celei vechi.

6. Examenul tatuajului

a) **Vechimea** e anevoie de determinat, după ce au trecut 4—8 săptămâni dela executarea tatuajului.

b) **Tatuajul șters sau tatuajul ocult se identifică prin iri-**

tarea mecanică a pielei cu ajutorul unui reactiv: după un interval de 5—30 minute, punctele de înţepare apar proeminente şi sunt astfel vizibile şi palpabile.

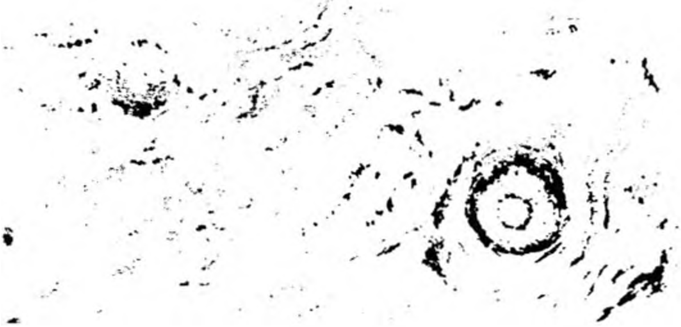


Fig. 267.— Identificarea materiei colorante a tatuajului pe cadavrul în putrefacţia înaintată: pe porţiunea de piele tratată şi examinată la microscop se observă pigmenţii (urmele negre), însă numai în dermă, îndeosebi în jurul glandelor, pe când epidermul şi stratul profund al dermei rămân indemne *(planşă desenată de Profesorul Dr. N. Minovici).*

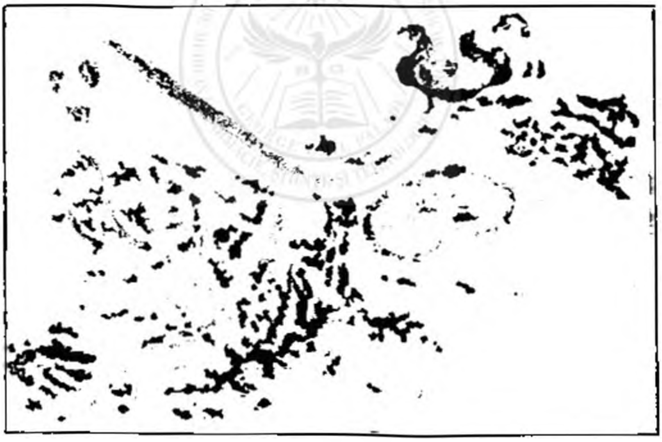


Fig. 268. — Identificarea materiei colorante a tatuajului în pielea cadavrului în putrefacţia înaintată: la microscop, pe porţiunea de piele, de pe antebraţ, se văd pigmenţii (coloraţi în negru) în massa unui ganglion axilar şi mai ales în jurul vaselor. Se mai observă că pătrunderea pigmentului în ganglion a avut de urmare o modificare a constituţiei acestuia din urmă: scleroza tradusă prin prezenţa ţesutului conjunctiv din vecinătatea ganglionului. Pigmentul poate pătrunde şi în celulele conjunctive *(planşă desenată de Profesorul Dr. Nicolae Minovici:* „Tatuajul în România").

c) **Fotografia, cu ajutorul plăcilor autochrome Lumière,** permite să se identifice un tatuaj care, superficial, nu se mai poate distinge. — Fotografia aceasta ne îngăduie să identificăm şi tatuajul subjacent, peste care s'a executat unul nou, precum şi eventualele modificări (prin adăugire ori suprimarea parțială a tatuajului preexistent).

d) **Pe cadavru**, atunci când putrefacția sau o cauză accidentală a distrus derma, se examinează cu atenție vasele limfatice și ganglionii zonei suspecte, de oarece în acestea vom găsi urmele materiei colorante.

Atunci când pielea e intactă dar *uscată* — ceeace îngreuiază examenul tatuajului —, muiem în prealabil pielea pergamentată și apoi înlăturăm epiderma.

e) **Copia tatuajului vizibil** se obține astfel (procedeul *Lacassagne*): aplicăm peste tatuaj o bucată de hârtie pânzată transparentă și cu creionul copiem conturul ansamblului și al detaliilor desenului: copia aceasta o punem peste o foaie de hârtie albă și, cu cerneala de culoare corespunzătoare tatuajului, desăvârșim desenul.

VI. Fișa antropometrică

E aceea în care sunt notate toate particularitățile portretului vorbit. Fișa aceasta va cuprinde deci:

1. **Numele**, prenumele, eventual porecla și pseudonimul, ziua anul și locul nașterii numele părinților indicațiunea hârtiilor de identitate de cari se servește individul.
2. **Antecedentele.**
3. **Cifrele** corespunzătoare măsurătorilor diverselor părți ale corpului.
4. **Notațiunile interesând fruntea**: inclinarea, înălțimea, lărgimea, particularitățile.
5. **Notațiunile nasului**: spinarea (foarte concavă — *co*, concavă — cv, puțin concavă (cv), dreaptă — r, puțin convexă (vx), convexă vx, foarte convexă — *ox*; apoi celelalte elemente: baza, proeminența lărgimea, particularitățile.
6. **Notațiunile privitoare la buze, gură și bărbie.**
7. **Notațiunile interesând urechea dreaptă.**
8. **Conturul capului.**
9. **Sprincenele.**
10. **Corpolența. — Rasa.**
11. **Notațiunile privitoare la irisul stâng.**
12. **Notațiunile interesând părul capului, barba mustățile.**
13. **Indicațiunile cu privire la pielea feței.**
14. **Notarea semnelor particulare și a stigmatelor profesionale.**

B. Dactiloscopia

Adică utilizarea, ca mijloc de identificare, a urmelor intipărite de extremitățile degetelor individului. Vestigii despre un atare procedeu de individualizare găsim în epocile indepărtate dinainte și după era creștină. Ca „pecete personală“, impresiunea degetului are valoare probatorie: în imperiul asiro-babilonian, în vechiul Egipt, în vechea Chină: în dreptul contractual, în materie de căsătorie şi divorț, în legiuirea penală chineză din epoca 960—1278 d. Chr.; în procedura japoneză (1713), în India veche, în Tibet, în Turcia, în vechea Rusie Orientală; la Tătari, la Malaezi.

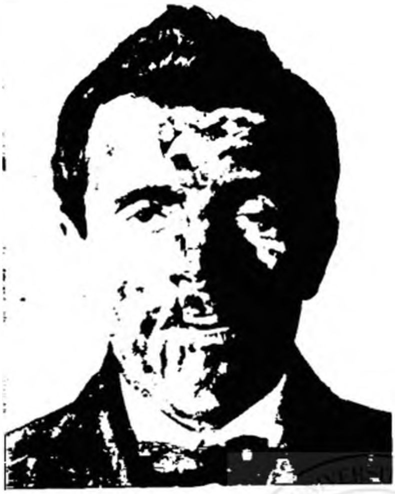


Fig. 269. — Un recidivist care, spre a nu fi recunoscut, s-a desfigurat ungându-şi fața cu vitriol.

E de netăgăduit că portretul vorbit e o contribuțiune prețioasă la identificarea individului viu ori mort; dar, precum am arătat, el poate da loc la erori de interpretare (asemănarea isbitoare a doi indivizi), la încercări, mai mult sau mai puțin reuşite, de disimulare ori de mistificare din partea celui interesat. Aşa, acesta din urmă, prin diverse manopere, poate să-şi modifice nu numai fizionomia, dar şi înfățişarea totală. In această privință avem o observație edificatoare personală: în amfiteatrul „Bertillon" al Institutului Medico-Legal din Bucureşti sunt expuse fotografiile unui recidivist, pentru a 15-a oară condamnat, care de patru ori nu numai că şi-a luat un nume de împrumut, dar tot de atâtea ori şi-a modificat şi fizionomia, lăsându-şi sau răzându-şi barba şi mustățile, tăindu-şi sau lăsând să-i crească părul, variind pieptănătura acestuia. Dar chiar fără artificii, fizionomia individului se schimbă mult, uneori până la a face imposibilă confruntarea între două fotografii, după un interval mai lung. Vom ilustra acest neajuns printr'un caz recent: la 23 Ianuarie 1930, serviciul nostru de identificare judiciară primeşte, dela Siguranța Generală italiană, fişa unui individ arestat la Roma, sub numele de Charles Blanc; grație formulei dactiloscopice s'a putut face dovada că acest Charles

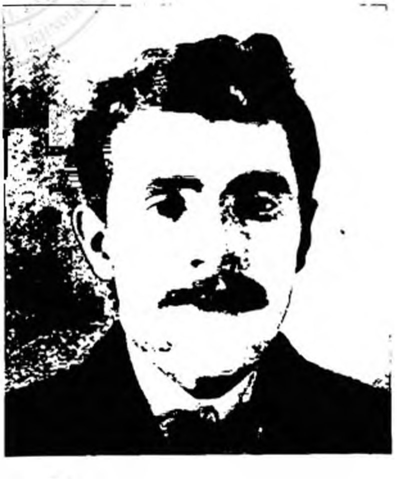


Fig. 270. — Fotografia individului (clişeul No. 269) înainte de auto-desfigurarea cu ajutorul vitriolului.

Blanc e una și aceeaș persoană arestată la noi în 1907 sub numele de Albert de Coist: *prin comparația celor două fotografii, făcute la interval de 25 ani, nu s'ar fi putut niciodată conchide că ele sunt ale aceluiaș individ.*

Nu trebuie să se uite și *travestirea* care pe unele persoane le face de nerecunoscut.

Certitudinea nu ne-o poate oferi decât dactiloscopia. Avem la îndemână un mijloc pe cât de simplu și rapid pe atât de precis, iar posibilitatea de confuzie, admisibilă în teorie în proporția de 1 la o cifră astronomică (2 urmat de 48 zeruri), e de fapt exclusă în practică. — In genere, la o amprentă digitală, al cărei desen se împarte in 100 pătrățele, se notează 100 particularități, câte una de pătrățel. Ca să putem conchide la identitatea a două figuri dactiloscopice, ne ajunge să găsim numai 17 coincidențe de particularități: atari potriviri s'ar putea întâlni la 2 din 1.717.986.918 indivizi. In aplicațiunea medico-legală nu vom ajunge niciodată să căutăm asemănarea între două persoane dintr'un grup atât de fantastic ca număr: ne putem mărgini la un număr mai mic de particularități identice: 2 persoane cu 15 asemenea coincidențe nu se pot găsi decât într'un grup de 107.374.182 indivizi; 2 persoane cu 14 coincidențe într'un grup de 24.843.546 indivizi: 2 persoane cu 13 coincidențe la 6.710.886 indivizi; 2 persoane cu 12 coincidențe la 1.677.721 indivizi; 2 persoane cu 11 la 419.430 indivizi; 2 persoane cu 10 la un grup de 104.857 indivizi. Rezultă că 11—12 coincidențe sunt suficiente pentru identificarea unui individ, iar siguranța absolută ne-o dau 17 coincidențe (ceeace reprezintă aplicarea procedeului dactiloscopic la un grup superior întregii populațiuni a globului).

O imagine dactiloscopică, grație accidentelor de contur ale crestelor papilare, odată obținută, nu poate fi reprodusă de cel mai abil falșificator (faimosul plastograf Nicolae Botez, pe vremea când se afla deținut la Văcărești, a fost pus să reproducă o amprentă după original, dar n'a izbutit s'o imite la perfecțiune).

Identificarea prin dactiloscopie se face fie prin compararea imaginii depe fișa personală cu noua amprentă luată persoanei examinate, fie prin compararea acestei imagini cu aceea obținută depe obiectul atins de individul prezent ori absent dela cercetare.

Din miile și miile de identificări pe această cale cităm următoarele spețe:

I. Paznicul de noapte al unui depozit de lemne, din Șoseaua Colentina din București, surprinde pe niște hoți tocmai când se pregătiau să atace biroul. Hoții fugind, paznicul îi urmărește și cu revolverul omoară pe unul din ei, în momentul când acesta ajunsese pe câmp, în dosul depozitului. Cadavrul e transportat la morgă unde i se ia amprenta digitală. In mai puțin de cinci minute, se găsește, la Serviciul de Identificare judiciară, fișa respectivă și astfel se descoperă că individul împușcat era un vechiu și fioros tâlhar.

Grație indicațiunilor cu privire la domiciliul lui, parchetul a putut, prin investigațiile făcute, să identifice și pe complicii banditului.

II. La Spitalul militar din Craiova al Corpului I Armată se constată, dimineața, că magazia rufăriei fusese spartă și că lipseau mai multe albituri. Hoțul intrase prin fereastră, după ce spărsese un geam. Arestați au fost cei trei soldați cari cu rândul fuseseră de sentinelă. Se examinează bucățile geamului spart și pe ele se identifică urmele digitale ale unuia dintre soldați; văzându-se descoperit, el sfârși prin a mărturisi spargerea și furtul.

III. Un pungaș fură din buzunarul unei persoane odată cu portofelul cu bani, și actele de identitate ale victimei. Odată în posesiunea acestora își creează o nouă stare civilă și, astfel sub un nume de împrumut, săvârșește o spargere și tot odată dă dovadă de o rară perfidie: lasă pe locul delictului actele de identitate ale primei victime. Poliția, indusă în eroare, o arestează pe aceasta ca autoare a spargerii. I se ia amprenta digitală care se constată a nu corespunde aceleia ridicată dela locul efracției. Serviciul de identificare judiciară, în câteva clipe, a găsit fișa respectivă și în chipul acesta adevăratul spărgător a putut fi identificat, pus sub urmărire și arestat.

IV. Lui *Gh. Iacomi*, din Constanța, i se fură, la 9 Mai 1929, odată cu diverse obiecte și toate actele de identitate, inclusiv livretul de serviciu militar. Hoțul, *Gh. Sandu*, își strămută câmpul de operații la București, unde e arestat și, sub numele său de împrumut *Gh. Iacomi*, i se face fișa dactiloscopică. Până la judecarea pricinei e pus în libertate provizorie și, bine înțeles, nu are grija să se înfățișeze în ziua sorocită de tribunal: e condamnat în lipsă, firește sub numele de *Gh. Iacomi* (originar din Constanța). Sentința rămânând definitivă, se execută mandatul împotriva lui *Iacomi* care, arestat, e adus din Constanța și întemnițat la Văcărești. Nenorocitul face contestație și e adus dela penitenciar la Serviciul de Identificare pentru confruntarea amprentelor proaspete cu formula depe fișa pe care figura formula dactiloscopică a *falșului* Iacomi, adică a lui Gh. Sandu. Se constată că formulele nu sunt identice — și justiția își recunoaște eroarea de persoană fizică, punându-l în libertate pe adevăratul Gh. Iacomi. — Intre timp, *Gh. Sandu* continua să opereze sub numele de Gh. Iacomi, până ce într'o bună zi e din nou arestat și de astă dată, prin confruntarea formulelor dactiloscopice, e demascat și judecat sub adevăratul lui nume de Gh. Sandu.

V. Dovada complicității lui *Gutman* la crima din strada Lt. Petre Carp din București s'a putut obține grație comparației unei amprente sanguine de pe sticla de lampă cu impresiunea digitală a individului. Ceva mai mult, formula dactiloscopică a lui Gutman a permis Serviciului nostru de identificare judiciară să regăsească, în cazier, fișa lui personală; cu ajutorul acesteia s'a putut stabili și antecedentele lui Gutman: o primă condamnare la 5 luni, o a doua la 6 luni (1926) și o a treia la 7 luni (1929), deși una din aceste pedepse o ispășise sub numele de *Șulăm Avram zis Abramovici*.

VI. In 1929, Casa Militară de Pensiuni e sesizată de plângerea unui veteran, că plutonierul însărcinat cu plata pensiei pe Decembrie i-o refuză, opunându-i semnătura prin punerea degetului ca atestare de primirea sumei: veteranul contestă că apoziția digitală ar fi a lui. Serviciul de identificare, solicitat de Casa Militară, demonstrează că amprenta digitală, invocată ca mărturie a achitării pensiei, e aceea a plutonierului plătitor.

VII. La 1 Iunie 1930 se găsește cadavrul unui necunoscut cu urme de grave violențe. In absența oricărui indiciu de identitate, se iau, la Institutul Medico-Legal din București, amprentele digitale ale mortului. Acestea sunt trimise Serviciului de Identificare judiciară unde i se stabilește formula dactiloscopică și în mai puțin de 5 minute, se găsește, în cazierul serviciului, o formula identică a unui individ cu numele de Manoliu Pescaru. Odată în posesiunea numelui mortului, parchetul a putut continua investigaţiile şi, stabilind cu cine a fost decedatul în ziua crimei să descopere şi pe ucigaş.

VIII. Un Român, prezent în America în momentul intrării Statelor Unite în marele răsboiu, se angajează ca voluntar şi face campania depe frontul francez. Odată pacea încheiată, se întoarce în Romania şi, prin intermediul consulatului general american din Bucureşti, îşi înaintează la Washington cererea de pensie. Ministerul de Răsboiu american răspunde, că nu poate satisface cererea, decât numai dacă petiţionarul trimite şi o fişă dactiloscopică, spre a fi comparată cu aceea păstrată în controalele armatei. Numai pe baza acestei identificări i s'a acordat pensia la care avea dreptul.

IX. Acum câţiva ani se prezintă un testament a cărui autenticitate era bazată pe amprenta digitală. Partea care cerea anularea actului contestă că impresiunea ar fi a testatorului decedat. Tribunalul ordonă o expertiză dactiloscopică: cadavrul e desgropat; starea epidermei digitale mai îngădue proba — şi în adevăr se face dovada că amprenta depe testament nu e a mortului. Pe acest temeiu instanţa pronunţă nulitatea actului ca unul ce e pătat de fals.

X. Ca să se vadă cât preţ se pune în streinătate pe identificarea dactiloscopică, voiu releva că numai la Lyon s'au pronunţat 29 condamnări pe unica dovadă a formulei dactiloscopice; tot ca unică mărturie a servit formula aceasta şi în două condamnări la moarte (una în America la Chicago, şi una în Franţa).

Dactiloscopia aduce un deosebit serviciu, atunci când e vorba de identificarea recidiviştilor. In urma stăruinţelor noastre, Ministerul de Justiţie a dispus ca toate închisorile din ţară să trimită Serviciului de identificare judiciară din Bucureşti fişele dactiloscopice ale tuturor condamnaţilor şi deţinuţilor, constituindu-se astfel un vast repertoriu al tuturor infractorilor din ţară pe cari organele judecătoreşti au izbutit să pună mâna.

Dacă s'ar introduce şi luarea amprentei digitale pe orice act alături de iscălitură, s'ar evita falsurile în acte publice şi private, de oarece o semnătură poate fi plastografiată până la asemănarea desăvârşită, pe când desenul dactiloscopic, precum am spus-o, nu poate fi niciodată imitat la perfecţie. — In urma intervenţiei noastre, Ministerul Justiţiei a trimis instrucţiuni instanţelor judecătoreşti, ca oridecâte ori e vorba să se autentifice un act emanând dela o persoană care nu ştie să scrie, să nu se ţină seama decât de amprenta digitală care, în caz de contestaţie, să fie comparată cu o nouă impresiune dactiloscopică a aceleiaş persoane.

La Institutul Medico-Legal din Bucureşti s'a luat dispoziţia ca nici un certificat medico-legal (atestarea virginităţii, constatarea unui atentat la pudoare, a unei loviri, ori răniri, constatarea stării mintale, etc.) să nu mai fie eliberat decât purtând şi amprentele digitale ale persoanei examinate. Măsura ar trebui generalizată în toată ţara, în toate afacerile de expertiză medico-legală.

I. O afacere de divorţ. Femeea invocă drept motiv impotenţa soţului.

iar ca dovadă aduce un certificat de virginitate emanând dela Institutul Medico-Legal din Bucureşti şi care avea şi amprentele digitale ale persoanei examinate. Soţul contestă, susţinând că infirmitatea lui nu e decât accidentală şi că, la epoca însoţirii, se bucura de potentia coeundi. Iar ca dovadă propune un nou examen al femeii — care susţine că tot fecioară este. Noua expertiză constată înadevăr o deflorare veche. Incercarea de înşelăciune din partea femeii e demascată prin compararea amprentelor digitale: imaginea dactiloscopică a soţiei e diferită de aceea a persoanei care obţinuse certificatul de virginitate, ce fusese eliberat unei prietene din alt oraş care se substituise soţiei.

II. Tot prin compararea amprentelor digitale s'a putut demasca fraude in materie de bătaie gravă, de atentat la pudoare, de cererea de punere sub interdicţie.

1. Technica fixării imaginii dactiloscopice

Identificarea dactiloscopică e, în definitiv, bazată pe simpla comparaţie între imaginile a două amprente digitale, — comparaţie care, după împrejurare, se poate prezinta sub următoarele forme:

a) S'a pierdut urma unui individ viu care, fie din motive personale ori familiale, fie în nădejdea de a se sustrage astfel urmăririi judecătoreşti, şi-a schimbat numele şi şi-a modificat fizionomia. Drept orice indiciu cert nu există decât fişa dactiloscopică a unei amprente găsite pe un obiect cu care, înainte de a dispare, individul a venit în atingere. Fişa nu conţine decât formula dactiloscopică, iar numele e necunoscut. Intâmplarea sau mersul cercetărilor face să se dea peste persoana căutată. Aceasta, bizuindu-se pe nouile acte de identitate şi pe noua fizionomie (şi-a tuns părul lung sau a lăsat să-i crească părul scurt, şi-a pus o perucă, şi-a ras barba şi mustăţile sau le-a lăsat să crească; simularea unui tic, unei anumite atitudini), tăgădueşte. I se ia amprenta, care, comparată cu cea fără nume dela Serviciul de identificare, se dovedeşte a fi exact aceeaş.

b) Se dă peste cadavrul unui necunoscut. I se iau amprentele digitale şi, dacă vreodată a avut aface cu justiţia, e numai decât identificat.

c) Se săvârşeşte un delict, o crimă. Autorii nu sunt cunoscuţi, nu există decât bănueli. Eventualele amprente găsite pe locul infracţiunii sunt comparate cu amprentele digitale luate dela diversele persoane suspectate şi astfel se poate descoperi vinovatul.

d) Un individ e arestat, fie că e dovedit ca autor al infracţiunii, fie că e numai bănuit. Amprente pe vreun obiect oarecare nu există, pentrucă făptaşul a avut precauţiune să nu lase o atare urmă revelatoare. Individul tăgădueşte şi invoacă diverse alibiuri. Amprentele digitale ce i se iau în momentul arestării sunt comparate, după formula dactiloscopică determinată, cu fișele din aceeaș grupă din cazierul Serviciului de identificare și similitudinea ambelor formule demască pe recidivist.

e) Un recidivist a dispărut, dar, pe locul ultimei lui isprăvi, și-a lăsat carta de vizită — amprentele digitale. Imaginea acestora ajunge pentru găsirea fișei respective: făptașul e astfel identificat, iar justiția are o indicațiune hotărîtoare pentru căutarea lui.

f) Un infractor, a cărui fișă dactiloscopică există la Serviciul central de identificare, moare. Un alt individ, pe care, pentru întâia oară, justiția pune mâna, a operat sub numele mortului, fie că și-a procurat actele lui de identitate, fie că și le-a plăsmuit sub acest nume. Simpla comparație a formulei dactiloscopice a infractorului viu cu aceea a mortului descoperă înșelăciunea și permite judecății să-l condamne sub adevăratul lui nume. Iată un motiv serios pentru păstrarea fișelor infractorilor morți, pe cari, la Serviciul de identificare, se aplică o stampilă foarte vizibilă: *„Decedat"*.

g) Dactiloscopia ar putea servi la identificarea necunoscuților cari nu-și mai amintesc sau se prefac a nu-și mai aminti nici despre numele, nici despre familia, nici despre domiciliul lor. Deasemenea ar putea sluji la identificarea copiilor rătăciți și incapabili de a da vreo deslușire cu privire la obârșia lor. O atare identificare nu e însă cu putință decât cu condiția de a se introduce luarea amprentelor digitale ale copilului imediat după naștere, iar biurourile populației să aibă întocmite caziere de toți locuitorii aglomerației respective. Un atare mijloc de identificare n'ar da nici odată greș, pentrucă impresiile digitale ale individului rămân neschimbate din a 6-a lună a vieții intro-uterine și până după moarte.

* * *

Identificarea dactiloscopică are deci o îndoită țintă: constituirea unui cazier; demascarea unui individ după amprenta lăsată pe un obiect atins. Va trebui dar să arătăm cum se iau amprentele digitale în vederea clasării fișei și cum se obține imaginea dactiloscopică a urmelor digitale lăsate pe un obiect.

I. Luarea amprentelor digitale

Mai întâiu, prin răsucirea degetelor, se ia separat impresiunea fiecărui deget dela cele două mâni; apoi se ia amprenta simultană a ultimelor patru degete dela fiece mână.

In prealabil se curăță degetele individului cu terebentină, benzină, petrol, ștergându-se bine de umezeală sau de sudoare, pentrucă altfel liniile papilare s'ar îmbâcsi cu cerneala care servește la luarea amprentei, iar desenul acesteia n'ar mai fi clar.

Pentru luarea amprentei ne servim de următorul material: 1. o placă lustruită pe cel puţin una din feţe (sticlă, zinc, alamă, lemn de esenţă tare); 2. un borcănaş de cerneală tipografică; 3. o lopăţică, o pensulă sau un rulou de cauciuc cu care întindem cerneala pe placă; 4. degetele individului se apasă pe placa unsă cu cerneală, iar apoi pata depe ele se imprimă pe hârtie; 5. terebentina, benzina, petrolul servesc la curăţirea plăcii după fiece întrebuinţare.

Fişa, odată constituită, e clasată în cazierul respectiv al formulei dactiloscopice.

Atunci când e vorba să se ia *amprentele digitale ale unui cadavru*, procedăm la fel ca pentru omul viu. E însă de observat:

a) Luarea amprentelor unui *cadavru proaspăt* nu se izbeşte de nici o dificultate technică, iar imaginea e tot atât de clară ca aceea a persoanei în viaţă.

b) La un *cadavru intrat deacum în putrefacţie sau la un cadavru de înecat* cu epiderma degetelor umflată, amprentele digitale se pot obţine în urma unei preparări prealabile a degetelor: cu un ac Pravaz se injectează sub epidermă apă, glicerină şi uleiu de parafină, până ce cutele se netezesc.

c) Dacă epiderma depe degete e desprinsă, luăm amprenta dosului epidermei, iar cu ajutorul unei mase elastice (gelatina de zinc) obţinem relieful pozitiv care apoi e imprimat pe hârtie.

d) In caz când epiderma a dispărut, mai găsim pe dermă urme de linii papilare; derma, în prealabil preparată, ne poate da amprente sau fotograme destul de concludente.

II. Descoperirea şi reproducerea amprentelor de pe obiecte

A. — 1. Se caută pe obiectul examinat urma lăsată de buricele degetelor mânii care l-a atins. Urma aceasta e formată de grăsimea conţinută în sudoarea care întotdeauna se găseşte, chiar invizibilă, pe epidermă. Dacă degetele sunt mânjite cu sânge sau cu o materie colorantă oarecare (cerneală, vopsea, funingine, etc.) — cu condiţiunea însă, ca să nu fie îmbâcsite, pentrucă în atare caz se reproduce numai o pată indescifrabilă — atunci urma pe obiect e mai evidentă decât aceea a sudorii.

2. Urma se caută, după caz, pe suprafaţa curată a obiectului examinat, pe stratul de substanţă streină care acoperă obiectul (praf, etc.), într'o scobitură a acestuia.

3. Urma e deobiceiu invizibilă: când degetele erau mânjite cu o substanţă transparentă ca grăsimea, sacâzul, chitul, săpunul; când substanţa are aceeaş culoare ca şi obiectul examinat.

4. Urma clară se găseşte de regulă pe obiectele cu suprafaţa netedă, lustruită; ea e întotdeauna mai mult sau mai puţin ştearsă pe scândura nedată la rindea, pe o suprafaţă aspră accidentată (perete), pe rufe, pe hârtia uzată ori poroasă, etc.

B. — Urmele invizibile se descoperă fie examinându-le la o lumină ce cade pieziş pe obiect (utilizarea razelor ultra-violete — razele lui Wood — dă repede un rezultat mulţumitor), fie prin întrebuinţarea unui colorant.

Colorantul acesta poate fi pulverulent, lichid sau gazos.

1. Cel mai bun colorant pulverulent e substanţa numită Sudan III, pentru întâia oară utilizată de Corin şi Stockis. Grafitul şi negrul de fum nu sunt recomandabile, pentrucă mânjesc impresiunea şi deformează desenul papilar.

2. Coloranţii lichizi: cerneala, soluţia alcalină de Sudan.

3. Coloranţii gazoşi: acţiunea vaporilor de acid fluorhidric sau aceea a vaporilor de iod.

Indeosebi când e vorba de descoperit *amprentele depe hârtie*, se recurge la unul din următoarele procedee:

a) Se presară hârtia cu plombagină, ale cărei fire fine se prind pe dungile grăsoase lăsate de desenul papilar care apare colorat în cenuşiu bătând în negru. Imaginea obţinută se fixează mai întâiu cu un lac sicativ, cu tinctura de benjoin, şi apoi se fotografiază.

b) Hârtia examinată e expusă la acţiunea vaporilor de iod: hârtia cu faţa pe care se află amprenta se aşează peste o cuvetă fotografică în care am pus iod metalic; imaginea se desinează în castaniu bătând în roşu.

c) Odată făcute vizibile, urmele se ridică fie prin fotografiare, fie prin aplicarea unei foi de hârtie mai groasă, unsă cu un strat de substanţă gelatinoasă, lipicioasă, neagră. După aceea se face o fotografie mărită a imaginii obţinute.

2. Constituirea formulei individuale

Imaginea dactiloscopică e alcătuită din desenul format de liniile sau crestele papilare digitale, — desen care variază la infinit dela individ la individ. Precum am mai spus, această imagine rămâne neschimbată la acelaş individ dela a 6-a lună a vieţii intrauterine până la şi dincolo de moarte, atâta vreme cât pielea e mai mult sau mai puţin bine conservată. Ceeace se modifică sunt numai mărimea şi grosimea liniilor papilare, fapt care nu alterează câtuş de puţin cel mai neînsemnat detaliu al desenului, care apare ca o pecete săpată în metalul cel mai rezistent de închipuit; mărimea şi îngroşarea crestelor are numai de efect de a mări imaginea: pentru epocile de desvoltare a individului avem astfel ca o serie ascendentă de reproducţiuni fotografice ale uneia şi aceleiaş figuri.

Desenul se reconstitue dela sine chiar în caz de leziune cutanată, de îndată ce aceasta se vindecă. In această privinţă vom cita ca ilustraţiune cazul raportat de *Voerf:* un recidivist, încredinţat că în chipul acesta împiedică regăsirea fişei sale, şi-a vârît ambele mâni într'un vas cu apă clocotindă: arsura a produs flictene cu căderea parţială a epidermei depe degete; după regenerarea epidermei, liniile papilare s'au reprodus exact ca înainte de opărire, iar amprentele digitale au fost identice cu cele din fişa găsită cu ajutorul formulei dactiloscopice. — Dacă liniile papilare sunt tocite în urma unei acțiuni mecanice (cauterizare, arsură, zgârietură, prezența unei keratose), le putem reliefa, prin frecarea buricelui degetului cu piatra-poncie udă, sau amânăm operația.

Am văzut că figura e încă bine desenată și în prima fază a putrefacției; ea nu se estompează spre a dispare decât odată cu complecta descompunere a pielei.

I. Desenul dactiloscopic

Liniile papilare ale degetelor merg aproape paralel între ele până dincolo de șanțul articular al falangei unguale; aci, din cauza terminațiunilor digitale, se'ntorc, formând, pe pielea depe fața interioară a acestei ultime falange, desenul de care ne vom servi pentru identificarea dactiloscopică.

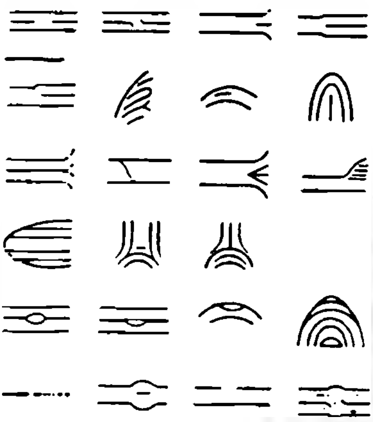


Fig. 271. — Particularitățile crestelor papilare: pornirea, întreruperi, bifurcări, dedublări, părți punctate ale liniei.

In figură obținută pentru luarea amprentei, distingem trei părți: *regiunea marginală*: compusă dintr'un sistem de linii curbe concentrice cu convexitatea în sus, cari pornesc dela o extremitate și se opresc la cealaltă; *zona bazală* constituită dintr'un grup de linii papilare paralele și aproape orizontale; între cele două zone se găsește *nucleul* sau *centrul impresiunii*. — Pentru identificarea dactiloscopică ne servim numai de zona centrală, care caracterizează forma impresiunii.

Crestele papilare variind ca înfățișare după regiunea centrala a desenului, distingem următoarele forme de linii:

a) *Crestele zonei marginale*: linii în formă de arcuri concentrice cu convexitatea în sus; ultima creastă de jos, care desparte această regiune de cea centrală se numește *linia marginală limitantă — limitanta superioară*. — O creastă a zonei marginale se bifurcă uneori și împreună cu creasta imediat inferioară formează un triunghiu botezat *delta*, după numele literei grecești a cărei figură o reproduce. Delta se găsește când în stânga când în dreapta, după punctul de bifurcare.

b) *Crestele zonei bazale* sunt linii sau aproape drepte, ondulate, sau convexe către centrul marginii. Creasta cea mai de sus a acestei regiuni se numește *linia bazală limitantă — limitanta inferioară*.

c) *Crestele zonei centrale sau nucleare* sunt însăși esența imaginii dactiloscopice individuale: prin varietatea dispozițiunilor lor crestele acestea constitue când *sisteme în lațuri*, când *sisteme în verticil*.

II. Tipurile de amprente

Pe baza acestor elemente putem grupa impresiunile digitale în trei tipuri mari: tipul în arc tipul în laț (intern sau extern) și tipul în verticil

a) Clasificațiunea primară. — Avem întâiu constituirea a 3 mari diviziuni, bazate pe prezența sau absența *deltei*, pe multiplicitatea acesteia precum și pe locul ocupat de ea pe desen. E clasarea lui Vucetitch, modificată de Oloriz:

1. *Tipul adeltic* sau în *arc*: un sistem în care *delta* lipsește, iar absolut toate liniile papilare sunt dispuse în formă de arcuri concentrice cu convexitatea în sus și cari merg dela o extremitate la cealaltă. — Se notează: cu majusculă *A* pentru index și cu cifra 1 pentru celelalte patru degete.

2. *Tipul monodeltic*: sistem cu o singură *delta*. — După cum aceasta din urmă se găsește spre dreapta sau spre stânga interiorului desenului, avem două sub-tipuri:

Monodelticul dextrogir — cu delta în dreapta și care se notează: pentru index *D*, iar pentru celelalte patru degete cu cifra 2.

Monodelticul sinistrogir — cu delta în stânga și care se notează: cu *S* pentru index și cu cifra 3 pentru celelalte patru degete.

3. *Tipul bideltic* — un sistem caracterizat prin prezența simultană a două delte. Se notează: cu *B* pentru index și cu cifra 4 pentru celelalte patru degete.

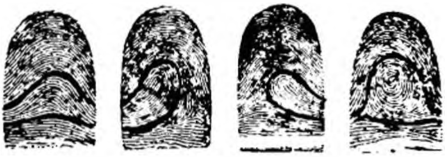


Fig. 272. — Tipuri de desene ale liniilor papilare (dela stânga la dreapta): în arc, în laț intern, în laț extern, în verticil.

Excepțional se întâlnesc figuri dactiloscopice cu 3 delte — tipul *trideltic* — care se notează: cu *T* pentru index și cu cifra 5 pentru celelalte patru degete. Or, cum notarea a două delte e suficientă pentru caracterizarea tipului, sistemele trideltice se grupează în tipul bideltic.

b) Sub-clasele. — Cu cele patru tipuri (adelticul, mondelticul dextrogir, monodelticul sinistrogir și bidelticul) putem avea un număr considerabil de formule dat fiind că, aplicate la cele 10 degete dela cele două mâni, există posibilitatea obținerii unui număr de combinațiuni egal cu 4^{10}. In practică, însă, nu sunt realizate toate asociațiunile matematicește posibile: unele formule nu se întâlnesc decât excepțional sau chiar deloc, altele dau un contingent restrâns, iar altele, însfârșit un contingent enorm. — In genere, la 1.000.000 fișe nu sunt mai mult de 50.000 formule. Formula cea mai frecventă a rasei omenești e:

$$\frac{S - 3333}{D - 2222}$$

Atunci când grupul din cazier conține până la cel mult 30 fișe, clasificația primară e suficientă. Când însă în grup avem un număr de mii de fișe, cum e pentru formula — tip de mai sus, atunci pentru înlesnirea căutării ulterioare recurgem la o dublă sub-clasare:

1. *Sub-clasa tipului monodeltic pe baza lațurilor.* — E vorba de imaginile dactiloscopice în cari o linie sau un fascicul de linii papilare din centrul amprentei, pornite dela o lature, se recurbează în drum spre a se reîntoarce la laturea de plecare, descriind astfel un laț, care poate fi deschis spre dreapta sau spre stânga.

Subclasarea pe baza prezenței lațurilor se face după numărul de linii papilare între două puncte de reper fixe: un punct îl constitue *delta*, — terminus extern — iar celalt vârful celui mai intern laț.

Pentru caracterizarea imaginii dactiloscopice ajunge să se facă numărătoarea crestelor papilare numai dela patru degete: indexul și mediusul, dela fiecare mână.

Notaţiunea: atunci când, între cele două puncte de reper, găsim 1—4 linii papilare, însemnăm cu *a*; pentru 5—9 asemenea creste însemnăm cu *b*; pentru 10—14 însemnăm cu *c*, iar pentru un număr de creste superior lui 14 notaţiunea este *d*.

2. *Sub-clasele tipului bideltic* sunt caracterizate prin poziţia ce una din delte o ocupă faţă de cealaltă.

Dacă, pornind dela baza deltei din stânga dăm, pe aceeaş linie papilară, peste baza deltei din dreapta, avem sub-tipul notat cu *m*.

Dacă, pornind din acelaş loc, linia papilară ajunge în dreapta cu cel mult 4 linii mai sus de linia pe care se află baza deltei din dreapta, avem subtipul notat cu *m'*.

Dacă delta din dreapta ocupă o poziţie tot inferioară liniei pornite dela delta din stânga însă cu mai mult de 4 linii, notăm: *i* (intern).

Dacă delta din dreapta e aşezată cu cel mult 4 linii deasupra liniei pornite din delta din stânga, notăm: *m"*.

Dacă delta din dreapta e aşezată cu mai mult de 4 linii deasupra liniei pornite din delta din stânga, notăm: *e* (extern).

III. Formula individuală

Am arătat că, în toate tipurile clasificaţiei primare, indexul se notează cu majuscula tipului respectiv, iar celelalte patru degete cu cifra tipului căruia aparţin.

Odată determinate tipurile primare, constituim formula mare a fişei.

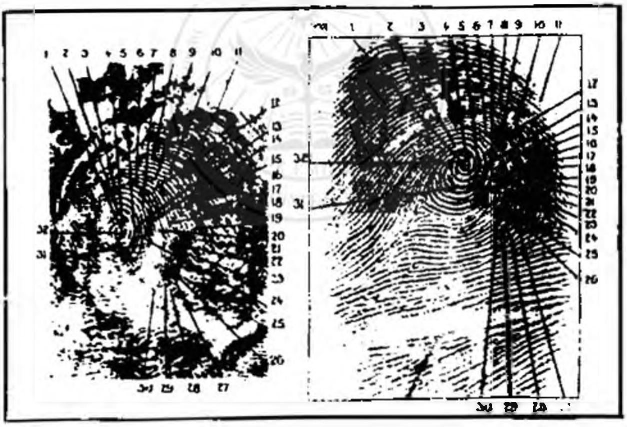


Fig. 273. — Identificarea amprentei digitale prin examinarea şi stabilirea caracteristicelor ei (impresiunea din stânga luată depe un obiect depe locul crimei) şi apoi prin constatarea coincidenţelor depe fişa din cazierul serviciului de identificare judiciară (în dreapta).

Această formulă e o fracţiune ordinară, în care numărătorul e imaginea dactiloscopică a mânii drepte, iar numitorul imaginea dactiloscopică a mânii stângi.

Majusculele din cap (atât la numărător cât şi la numitor) indică indexul, iar cifrele, în ordinea aşezării lor, arată policele, mediusul, inelarul şi auricularul.

De exemplu: $\dfrac{A - 3143}{B - 3412}$

Această formulă se descifrează astfel:

Mâna dreaptă (numărătorul): A = arătătorul (tip în arc); 3 = policele (tip sinistrodeltic); 1 = mediusul (tip în arc); 4 = inelarul (bideltic); 3 = auricularul (sinistrodeltic).

Mâna stângă (numitorul): B = arătătorul (bideltic); 2 = policele (dextrodeltic); 4 = mediusul (bideltic); 1 = inelarul (arc); 2 = auricularul (dextrodeltic).

⁂

La această formulă mare, atunci când e nevoie, se adaugă formula de sub-clasare, fie aceea a tipului în laturi fie aceea a tipului bideltic.

Formula sub-clasei se poate prezenta sub o diversitate de forme, reprezentate prin raporturi constituite din combinarea literelor *a*, *b*, *c*, *d*, *m*, *m'*, *m''* *e* şi *i*.

Iar formula dactiloscopică a clasificărei definitive se va prezinta sub această formă-tip:

$$\frac{A - 1111}{B - 1111} - \frac{aa}{aa}\left(\frac{i - i}{c - m\ (m', m'')}\right)$$

care, prin combinaţiunile tipurilor pentru fiecare deget, ne va da infinita varietate de formule individuale.

⁂

Pentru degetele cari lipsesc la o mână se notează *amp.* (amputat). Pentru degetele cu cicatrice de natură a face imposibilă identificarea tipului dactiloscopic, notăm *cic.* (cicatrice).— Clasarea fişelor pentru mâni cu degete absente sau cu cicatrice se face deosebit, după degetul sau degetele lipsă ori cicatriciate.

O clasificare aparte se face pentru sindactilie şi polidactilie, precum şi pentru degetele ankilozate.

Inainte de a căuta în cazier amprentele cari să corespundă acelora pe cari voim să le identificăm, stabilim mai întâiu caracterele esenţiale ale acestora din urmă după tipul căruia aparţin. Apoi stabilim sub-clasa laturilor sau subclasa bideltică

In al treilea loc stabilim particularităţile amprentelor digitale, particularităţi dintre cari sunt suficiente următoarele: bifurcaţia la dreapta, bifurcaţia la stânga sfârşitul de linie către dreapta sau către stânga, întreruperea liniei către dreapta sau către stânga.

De îndată ce, după technica arătată, găsim în cazier amprentele digitale cu cel puţin 11–12 coincidenţe, avem certitudinea identităţii în ce priveşte însuş individul.

C. Fişele individuale

Cazierul Serviciului de identificare judiciară conţine, pentru fiece individ, două fişe signaletice:

1. **Fişa clasării alfabetice**, care e fişa antropometrică propriu-zisă, complectată cu amprentele celor 5 degete dela fiece mână.

a) *Pe faţă* cuprinde: numele, prenumele şi eventualele porecle şi pseudonime, data şi locul naşterii, numele părinţilor, profesiunea, naţionalitatea, starea civilă, domiciliul, antecedentele penale; jos, amprentele mânii stângi.

b) *Pe verso*: în stânga, formula dactiloscopică; apoi, diversele notaţiuni ale portretului vorbit; jos, amprentele degetelor dela mâna dreaptă.

Fişa unei femei are ca semn distinctiv o linie groasă oblică roşie în colţul din stânga al recto-ului.

2. Fişa dactiloscopică, a cărei clasare se face după formula desenului amprentelor degetelor dela ambele mâini, are şi ea două feţe.

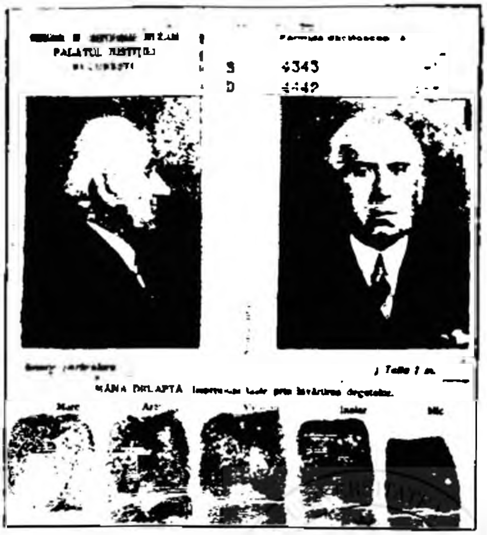

PALATUL JUSTIŢIEI
S 4343
D 4442
MÂNA DREAPTĂ

Fig. 274. — Fişa dactiloscopică a Profesorului Dr. Mina Minovici, organizatorul serviciului de identificare judiciară din Palatul de Justiţie din Bucureşti.

a) *Pe recto: sus*, in stânga, formula dactiloscopică; *în dreapta*, talia, descripţia irisului stâng, vârsta aparentă, părul, barba; *mijlocul* e împărţit în două: în stânga — impresiunea simultană şi în grup a auricularului, inelarului, mediusului şi indexului dela mâna stângă; în dreapta — aceeaş figură dela mâna dreaptă; *pe linia mediană de despărţire* — semnătura individului; *jos*: amprentele izolate ale celor cinci degete dela mâna dreaptă.

b) *Pe verso*: pe jumătatea superioară, datele cu privire la starea civilă; pe jumătatea inferioară, semnele particulare; pe marginea de jos, amprentele separate ale celor 5 degete dela mâna stângă.

3. Fişele centralizate dela penitenciare. Am spus că Serviciul central de identificare din Bucureşti primeşte dela toate închisorile din ţară fişele deţinuţilor, condamnaţi definitiv sau arestaţi numai în prevenţie.

E o fişă unică, reprezentând o combinaţie a fişei dactiloscopice cu fişă alfabetică.

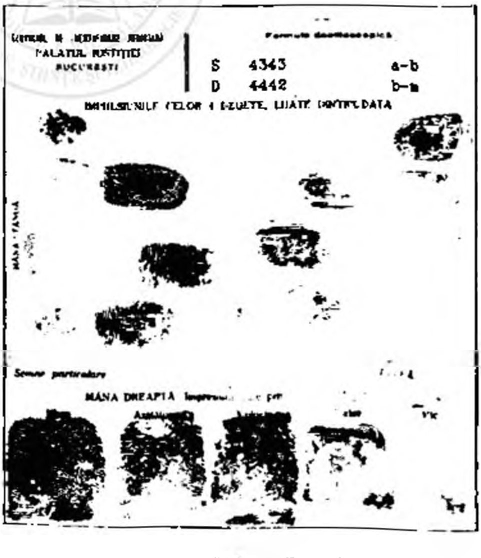

PALATUL JUSTIŢIEI
BUCUREŞTI
S 4343 a-b
D 4442 b-a
IMPRESIUNILE CELOR 4 DEGETE LUATE DEODATĂ
MÂNA STÂNGĂ
Semne particulare
MÂNA DREAPTĂ

Fig. 275 — Fişa dactiloscopică

Pe recto: sus, în stânga, formula dactiloscopică; *în mijloc*: impresiunile în grup ale degetelor mânii stângi şi mânii drepte (afară de amprenta indexului); *pe linia mediană de despărţire*, semnătura;

jos: semnele particulare; talia; amprentele separate ale tuturor degetelor mânii drepte.

b) *Pe verso:* sus, în stânga, numele închisorii; *treimea superioară:* starea civilă; *mijlocul:* cauza deținerii; *treimea inferioară:* impresiunile separate ale degetelor dela mâna stângă.

Clasarea acestor fișe se face atât pe temeiul formulei dactiloscopice, cât și pe acela al notațiunilor alfabetice (deosebit copiate la Serviciul de identificare judiciară).

4. **Schimbul internațional de fișe.** — Pentru înlesnirea identificării infractorilor cunoscuți sau numai bănuiți că și-ar întinde sfera activității lor dincolo de granițele unei singure țări, s'a constituit, cu sediul la Viena, o centrală a fișelor internaționale și la care au aderat 43 țări. Fișa fiecărui infractor internațional e trimisă centralei din Viena care o reproduce în mai multe exemplare trimițând câte unul tuturor țărilor aderente.

Fișa internațională e alcătuită din: datele cu privire la starea civilă, antecedentele individului, fotografia și portretul vorbit, amprentele digitale.

D. Alte elemente de identificare

1. Poroscopia

Bazat pedeoparte pe constatarea că numărul, felul de grupare, forma și mărimea porilor digitali diferă dela individ la individ și la fiecare din cele zece degete ale aceleiaș persoane, iar pe de alta pe faptul verificat că aceste particularități nu se modifică la individ dela naștere până la moarte, sistemul acesta de identificare — întrevăzut numai de *Galton* (1888) și preconizat de *Polaky* (1903) — a fost științificește studiat și aplicat de *Locard* (1913) care i-a dat și numele.

Prețioasă complectare a dactiloscopiei, imaginea poroscopică a unei porțiuni limitate din desenul extremității digitale are, prin ea însăș, o considerabilă valoare de identificare. Pentrucă întocmai ca liniile papilare, desenul format de pori reapare chiar după o gravă lezare a pielei (inclusiv arsura) de îndată ce epiderma se reconstitue prin vindecare.

a) *Numărul:* după *Locard*, numărul porilor pe un centimetru oscilează între 9 și 18.

b) *Forma:* porii sunt circulari, ovali, triunghiulari sau au un contur neregulat.

c) *Mărimea:* porii *femeii* sunt mai mici ca acei ai bărbatului.

d) *Gruparea.* — La unii indivizi intervalul dintre doi pori e mai mic ca diametrul fiecăruia din pori; la alții, dimpotrivă, intervalul acesta e de 7—8 ori mai mare ca diametrul poric.

Uneori porii sunt regulat înșirați ca mărgelele unui șirag; la unii indivizi îi găsim constituiți în grupe cu intervale inegale între ele; la alții, în sfârșit, notăm grupe triunghiulare.

2. Impresiunile palmare

Intocmai ca desenul papilar al degetelor, desenul liniilor palmei nu se schimbă nici el în tot cursul vieţii individului.

Dacă imaginea formată de crestele papilare nu e destul de clară, ne servim de desenul constituit de marile şanţuri ale palmei.

Coincidenţele se caută pentru: regiunea digito-palmară, regiunea hipotenară, regiunea tenară, şanţul de flexiune al articulaţiei metacarpo-falangiene, şanţul de flexiune al policelui; delta mediusului, indexului, inelarului şi subauricularului; delta pumnului; existenţa unei eventuale cicatrice sau leziuni cutanate.

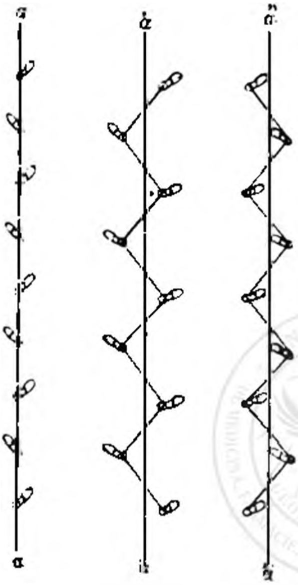


Fig. 276. — Desen schematic înfăţişând urmele paşilor, după mersul individului:
aa — mers normal, cu aşezarea exactă a unui picior înaintea celuilalt; linia directrice se confundă cu însăşi linia mersului.
a'a': linia frântă a mersului, atunci când călcâile nu ating linia directrice, piciorul drept rămânând la dreapta, iar cel stâng la stânga acestei linii.
a''a'': mers în care piciorul drept trece alternativ la stânga, iar cel stâng la dreapta liniei directrice. Deosebirea de formula a'a': în a''a'' impresiunea plantară e în interiorul unghiului liniei frânte; în a'a' impresiunea se găseşte în afara acestui unghiu.

Cât despre technica luării amprentei e aceeaş ca şi pentru impresiunile digitale.

Imaginea mânii întregi se mai poate obţine prin procedeul lui *Béclère:* se unge pielea cu bismut şi, cu ajutorul razelor Roentgen, se obţine simultan o dactilogramă şi o imagine a oaselor

3. Impresiunile plantare

Urmele lăsate de piciorul descălţat ori încălţat au şi ele valoarea lor medico-legală.

Elementele de identificare sunt trase pe deoparte din dimensiunile şi forma amprentei, precum şi din detaliile acesteia (de exemplu urme de cuie depe talpa încălţămintei, urme de tocire a acestuia, particularităţile tălpii goale dela laba piciorului), iar pe de alta din dispoziţia impresiunii, care ne permite să determinăm: dacă individul în cauză a stat pe loc şi în ce anume atitudine; dacă s'a mişcat şi cu ce anume alură (umblet încet, alergare, mers în linie mai mult sau mai puţin dreaptă, mers linie sinuoasă, în zig-zag).

In poziţia nemişcată: piciorul încălţat lasă o urmă complectă; tot complectă e şi urma piciorului descălţat, dar se notează în plus particularitatea că partea anterioară a amprentei are conturul mai rotunjit, urma degetelor fiind mai scurtă.

In mers: amprenta e prelungită înainte, cu o mică dâră triunghiulară, datorită rulării extremităţii anterioare a degetelor pe sol, în momentul ridicării călcâiului.

In alergare: călcâiul nu lasă de loc sau numai o urmă foarte ştearsă, toată greutatea corpului apăsând pe partea labei piciorului dela scobitură înainte.

⁂

In ce privește technica conservării și luării amprentei plantare, *vezi foaea de examen „Impresiunile" Vol. I, pag. 651—654.*

4. Fotografia roentgeniană

S'a mai preconizat: *a)* efectuarea măsurătorilor antropometrice cu ajutorul imaginii roentgeniane a scheletului, spre a se evita astfel erorile cauzate de variabilitatea grosimii părților moi cari acoperă vasele *(Dr. Levinsohn,* Berlin); *b)* complectarea fișei antropometrice cu imaginile roentgeniene ale scheletului celor două mâni *(Kronecker)*; *c)* utilizarea desenului format de rețeaua venoasă a mânilor *(Tamassia).*

5. Identificarea biologică

Haraguti (1930) a aplicat elementul diagnostical al grupului sanguin pentru identificarea persoanei căutate. O primă identificare pe această bază a făcut-o cu examenul urmelor de sânge din pata de salivă uscată depe port-țigareta unui individ ale cărui gingii sângeraseră puțin. A repetat încercările și ele i-au reușit în 20 cazuri de identificare.

6. Identificarea histologică

Balthazard (1930) a identificat pe un ucigaș grație următorului procedeu de investigație:

Pe haina individului bănuit ca autor al unui omor prin împușcare a notat o pată suspectă care, examinată, s'a dovedit a fi una făcută de o stropitură de substanță cerebeloasă.

Substanța aceasta provenia dela victima care fusese atacată din spate, iar glonțele pătrunsese prin ceafă în cerebel. Pata depe haină provenia dela țesutul cerebelos care țâșnise prin rană.

7. Identificarea coprologică

Elementul diagnostical e tras din examenul conținutului intestinal, care permite expertului să demonstreze ce anume a mâncat individul (viu sau mort), unde și în tovărășia cui a mâncat.

(Pentru importanța deducțiunilor medico-legale făcute din examenul coprologic, vezi Vol. I. pag. 471—472).

8. Identificarea prin urmele dinților

Elementele diagnosticale le-am expus la studiul mușcăturilor.

Să adăugăm că *Dos Reis* (1928), care s'a ocupat îndeosebi cu acest mijloc de identificare, după ce a luat și examinat amprentele a 1.000 maxilare și dentițiuni de oameni și de animale, a ajuns la concluzia: forma și dispoziția apofiselor alveolare diferă dela individ la individ; deasemenea diferă locul și forma uzurii dentare.

9. Identificarea prin examenul scrisului

Se poate întâmpla să ni se ceară identificarea unei persoane, fără a avea drept element de informaţiune decât numai scrisul: o scrisoare, o însemnare, o frază, cuvinte desperecheate, un cuvânt sau frântură de cuvânt, o iscălitură complectă sau chiar numai iniţialele. Pentrucă scrisul, care-şi are fiziologia şi psichologia proprie, este în oarecare măsură, ca să ne exprimăm astfel, oglinda stării fizice, intelectuale, psichice şi mintale a individului. Scrisul reflectează nu numai gradul de instrucţiune, dar şi educaţia căpătată, mediul în care individul a trăit, obiceiurile, starea sufletească a momentului sau efectele unei boli durabile, mentalitatea individuală. Scrisul trădează şi o anumită perioadă a vieţii, de multe ori şi sexul.

Graţie elementelor sale *individuale*, aşa zisele *idiotisme grafice*, scrisul poate fi identificat cu mai multă sau mai puţină certitudine, chiar în cazul când avem de examinat un scris evident cu dinadinsul modificat, deformat. Deaceea, oricât de numeroase ar fi cazurile de eroare de interpretare, nu sunt îndreptăţite ironiile ce unii şi le permit la adresa expertizei grafice: aceasta va constitui întotdeauna o preţioasă contribuţie la identificarea autorului scrisului incriminat.

Să exemplificăm cazurile în cari e absolută nevoie să se recurgă la o atare expertiză:

a) Parchetul e sesizat de primirea unei scrisori anonime de şantaj sau de insulte grosolane. Destinatarul indică una sau mai multe persoane, pe cari le bănueşte; sau, întâmplător se dă peste autorul prezumat al misivei. Compararea scrisului din scrisoarea anonimă cu scrisul spontan sau dictat al persoanei sau persoanelor bănuite ne dă ori nu ne dă cheia enigmei, adică identificăm ori nu identificăm persoana.

b) Pe locul delictului, al crimei se găseşte o însemnare scrisă pierdută de autorul infracţiunii, sau o inscripţie făcută de acesta pe un obiect (mobilă, perete, gard, etc.). Comparaţia acestui scris cu scrisul persoanei bănuite ne va înlesni identificarea.

c) Se găseşte un cadavru desfigurat de nerecunoscut. In haină dăm peste o însemnare. Familia sau cunoscuţii, cari caută persoana dispărută, recunosc scrisul, iar ca dovadă aduc expertului şi o altă mărturie de scrisul decedatului: comparaţia e concludentă.

d) Se descoperă un fals în acte publice sau private, iar conţinutul acestora nu oferă decât o vagă indicaţiune sau chiar nici una cu privire la beneficiarul falsului. Sfera bănuelilor, pe cale de eliminare, se circumscrie tot mai mult şi în cele din urmă, prin expertiza grafică, izbutim să identificăm autorul.

* * *

Identificarea individului se poate face, în unele cazuri, chiar cu ajutorul scrisului de maşină: elementul de demonstrare îl constitue sistemul maşinii, tăitura caracterelor şi uzura acestora.

10. Fotografia metrică

Grație perfecționării aduse de Bertillon technicei de fixare a locului delictului sau crimei, fotografia metrică servește:

Pe deoparte la înregistrarea exactă a aspectului acestui loc, cu notarea matematică a intervalelor dintre corp și diversele obiecte din preajma lui, a poziţiunii corpului la diversele lui niveluri în raport cu un punct dinainte fixat.

Pe de alta, fotografia metrică înregistrează dimensiunile precise ale rănilor notate pe cadavru în chiar momentul fotografierii lui pe locul crimei, deoarece ulterior aspectul rănii se alterează, iar dimensiunile se modifică și ele.

Cu ajutorul fotografiei metrice putem să înlăturăm o dublă cauză de eroare: 1. deducțiuni false din interpretarea greșită a unui detaliu cu privire la poziția cadavrului: 2. eventuala încercare de substituire a cadavrului sau a individului rănit dar căzut în nesimțire în intervalul dintre preliminările anchetei judiciare și ridicarea corpului în vederea unui amănunțit examen medico-legal.

CAP. II

IDENTITATEA OMULUI VIU

In afară de elementele de identificare comune omului în viaţă şi după moarte — pe cari le-am expus în capitolul precedent — identitatea omului viu mai e bazată pe notaţiuni particulare vieţii.

Identificarea în viaţă e necesară nu numai în caz de urmărire judiciară, cu sau fără dovedirea recidivei, dar şi pentru stabilirea identităţii unui individ găsit fără acte, precum şi în civil în vederea stabilirii dreptului la filiaţiune şi la moştenire.

Notaţiunile de ordin vital ce le putem face la individ privesc:

1. Sexul

Cu ajutorul elementelor de diferenţiare expuse la studiul hermafrodismului, nu întâmpinăm nicio dificultate în stabilirea sexului individului examinat.

Să adăugăm că, în al 7-lea congres de urologie ţinut la Roma în 1928, *Luigi Caporale*, pe baza unui caz studiat de dânsul, a preconizat utilizarea radiografiei pentru determinarea sexului pseudohermafroditului.

2. Vârsta

Judecând numai după înfăţişare, riscăm întotdeauna o apreciere eronată a vârstei. Pentrucă, după cum în chip atât de lapidar se exprimă *Lacassagne*, „on n'a pas l'âge de l'état civil, mais l'âge de ses souffrances, de ses joies, de ses plaisirs et, par ce temps de concurrence vitale, les individus vieillissent vite et on tend par l'hérédité à reproduire des individus de plus en plus chétifs".

In ce priveşte femeea, e de observat că, ea îmbătrâneşte mai curând decât bărbatul. Să mai observăm că muncitorul cu braţele capătă mai repede decât individul cu altă îndeletnicire stigmatele începutului de decrepitudine fizică.

Conservarea fizică mai e în funcţiune de diverşi factori ca: temperamentul, starea generală, o afecţiune sau o leziune locală, starea mintală, felul de alimentare, condiţiunile de muncă şi de locuinţă, mediul de viaţă, clima şi rasa. Se cunosc numeroase exemple de longevitate: bărbaţi ori femei nu numai centenari, dar cari au trecut cu mult suta de ani. — De ar fi să-l credem pe corespondentul din Tien-Tsin al lui „New York Times" — care afirmă a fi verificat la faţa locului faptul semnalat de un Chinez elev al

Școlii de Bele-Arte din New-York — la Tien-Tsin mai trăia în 1930 Li Tsin-yun, practician al medicinei empirice, care pretinde a se fi născut în... 1678 (!!) și a fi patriarhul în viață a 11 generații.

In sfârșit, e chestiunea nanismului, a acromegaliei și a gigantismului: e foarte greu ca, după aspect să se determine, chiar numai cu o cât de mare aproximație, vârsta unui pitic ori a unui individ cu o precoce desvoltare escesivă fie a scheletului fie a țesutului adipos.

I. Perioadele medico-legale ale vieții

Definirea acestora diferă după doctrina. Așa:

Tourdes împarte viața individului în 5 perioade mari: 1. *viața intrauterină* cu 3 *subdiviziuni (a.* embrion — până la 3 luni; *b.* făt neviabil de 3—7 luni; *c.* făt viabil de 7—9 luni); 2 *copilăria*, dela naștere până la 14 ani, cu 7 subdiviziuni (*a.* noul-născut până la 6 săptămâni; *b.* sugaciul până la 7 luni; *c* copilul la prima dentiție — de 7—28 luni; *d.* copilul de 2½ —4½ ani; *e.* copilul de 4½—7 ani; *f.* copilul celei de a doua dentiții dela 7 la 11 ani; *g.* vârsta prepubertară 11-14 ani); 3. *tinerețea* dela 15 la 30 ani, cu 3 subdiviziuni (*a.* adolescența dela 15 la 18 ani; *b.* vârsta accentuării pornirilor sexuale dela 18 la 25 ani; *c.* perioada desăvârșirii suturilor osoase, dela 25 la 30 ani); 4 *maturitatea* dela 30 la 60 ani; 5. *bătrânețea* dela 60 ani în sus cu două subdiviziuni (*a.* dela 60 ani la 75 ani; *b.* dela 75 înainte).

Lacassagne dublează numărul perioadelor: 1. *viața fetală;* 2. *prima copilărie* (până la 7 luni); 3. *a doua copilărie* (dela 7 luni la 2 ani); 4. *a 3-a copilărie* (2—7 ani); 5. *adolescența* (7—15 ani); 6. *pubertatea* (15—20 ani); 7. *vârsta adultă* (20—30 ani); 8. *virilitatea* (30—40 ani), 9. *începutul declinului* (40—60 ani): 10. *bătrânețea* dela 60 ani până la moarte.

Școala germană (Krahmer, Boecker) fixează 7 perioade: 1. *viața intra-uterină* cu 3 subdiviziuni (abortus-partus, immaturus-partus, maturus); 2. *noul-născut;* 3. *prima copilărie* (până la 7 ani); 4 *a doua copilărie* (7—14 sau 16 ani); 5. *pubertatea și adolescența* (dela 14 ori 16 până la 24 ani); 6. *virilitatea* și *maturitatea* (dela 25 la 60 ani); 7. *bătrânețea.*

Tot atâtea diviziuni mai mult sau mai puțin întemeiate pe gradul de desvoltare fizică și fiziologică a individului, dar dintre cari nici una nu corespunde datelor fixate de legiuirile civilă și penală, pe cari le-am arătat la studiul vârstei minorului (vol. II).

După noi, mai logică rămâne împărțirea lui *Zacchias* (vechie de peste 300 ani): 1) *infantia;* 2) *pueritia;* 3) *pubertas;* 4) *juventus;* 5) *virilitas;* 6) *senectus;* 7) *decrepitus*. Pentrucă această diviziune ține mai mult seama de modificările suferite de organism în cursul desvoltării lui și de starea generală a individului.

II. Elementele diagnosticale

a. Talia și greutatea. — Admițând 50 cm. drept talia medie a noului-născut la termen, e stabilit că această cifră se dublează în al 5-lea an al vieții și se triplează la 15 ani. Pe când, după cum am văzut („Nașterea“, „Pruncuciderea“), în primul an al vieții creșterea taliei e de 12—24 cm., până la 5 ani creșterea aceasta e numai de 7—8 cm. pe an, iar dela 5 la 15 ani, sporul anual se reduce la 5 cm. Odată cu instalarea pubertăţii, coeficientul de creştere se măreşte din nou până la 21 sau 24 ani, când se notează limita maximă a creşterii taliei.

1. *Pentru vârsta vieţii fetale,* vezi: „Naşterea", „Avortul", „Pruncuciderea".

2. *Pentru noul-născut:* vezi aceleaşi capitole.

3. *Pentru diversele faze ale minorităţii* vezi: „Vârsta minorului", vol. II, pag. 107).

4. *Talia şi greutatea adultului.* — Vom observa, în prealabil, că deducţiunile trase din talia şi greutatea individului n'au o valoare diagnosticală, nu zicem certă, dar nici măcar una de probabilitate, pentru că sunt atâtea cauze, unele de grăbire şi exagerare a desvoltării, iar altele de încetinire ori chiar de oprire definitivă a acesteia.

Pentru individul normal, se admit, după *Deniker*, următoarele indicaţiuni: între 20 şi 21 ani, talia creşte cu cel puţin un centimetru; între 22 şi 28 ani, sporul e de 0,5—1 cm. pe an; după 50 ani, talia scade cu 0,5—1 cm. pe an.

Tot pentru individul normal maximul greutăţii se notează la 45—50 ani.

In ce priveşte raportul între talia şi greutatea adultului cu o desvoltare normală, se admite următoarea formulă: greutatea, exprimată în kilograme a *bărbatului,* e aproape egală cu numărul format din ultimele două cifre ale numărului exprimând în centimetri talia, iar greutatea *femeii* e acelaş număr mai puţin 2,5 kgr.

Ţinând seama de cazurile de acromegalie şi de gigantism, experţii societăţii de asigurare „Equitable" din Statele-Unite au stabilit, după examinarea a 74.162 bărbaţi candidaţi la asigurarea asupra vieţii, următorul tablou cu cifrele variaţiunilor medii ale greutăţii după vârstă, în raport cu o cifră fixă a taliei:

Vârsta:	15-24 a.	25-29 a.	30-34 a.	35-39 a.	40-44 a.	45-49 a.	50-54 a.	55-59 a.	60-64 a.	65-69 a.
Talia	Kilograme									
1m,52	54.40	56.67	58.02	59.38	60.29	60.74	60.74	60.74	50.38	
1m,55	55.30	57.12	58.48	59.38	60.74	61.65	61.65	61.65	60 74	
1m,57	56.21	58.02	59.38	60.29	61.65	62.56	62.56	62.56	62.10	
1m,60	57.57	59.38	60.74	61.65	63.01	63.92	63.92	63.92	63.46	63.46
1m,63	59.38	61.20	62.56	63.46	64.82	65.27	65.73	65.73	65 27	64.82
1m,65	60.74	62.56	63.92	64.82	66.18	66.64	67.54	67.54	67.09	66.64
1m,68	62.56	64.37	65.73	66.64	67.99	68.45	69.36	69.36	69.36	68.45
1m,70	64.37	66.64	67.99	68.90	70.26	70.72	71.62	71.62	71.62	70.72
1m,73	66.18	68.45	69.81	71.17	72.53	72.98	73.89	73 89	73.89	73.44
1m,75	67.99	70.26	72.08	73.44	74.80	75.25	75.70	76.16	76.16	76.16
1m,78	69.81	72.08	74.34	75.70	77.06	77.52	77.97	78.42	78.88	78.88
1m,80	72.08	74.34	76.61	78.42	79.33	80.24	80.24	80.69	81.60	81.60
1m,83	74.80	77.06	79.33	81.14	81.60	82.96	82.50	82.97	83.86	83.86
1m,85	77.06	80.24	82.05	83.86	84.32	85.68	85.22	85.68	85.68	85.68
1m,88	79.78	83.41	85.22	87.04	87.94	88.85	87.94	87.94	87.04	87.04
1m,91	82.05	86.13	88.40	90.66	92.02	92.48	91.12	89.76		

b. Perimetrul toracic întrece cu 20 cm. jumătatea taliei.

c. Modificările pielei. — 1. Prin aplicarea studiilor făcute de

Nadesdin, Reiss şi Huebner, *Sebastiany* (1927), care a examinat indivizi de 20—80 ani, notează *4 grade de zbârcituri* în intervalul cuprins între aceste două limite ale vieţii. Se iau în consideraţiune îndeosebi încreţiturile frunţii, cutele nazo-labiale, laba gâştii dela tâmple, zbârciturile suborbitale, cutele dela intrarea urechii, încreţiturile retro-articulare, zbârciturile dosului mânii şi apariţia pigmenţilor în aceeaş regiune.

2. Un alt element al vârstei e *gradul de veştejire* a pielii din cauza diminuării treptate a cantităţii de sudoare, astfel că tegumentul cutanat apare tot mai uscat. Dar acest semn nu e constant, pentrucă pielea unui individ sănătos şi bine hrănit, a unui individ cu temperamentul sanguin se veştejeşte mai încet.

d. **Părul.** — Modificările de culoare şi căderea lui constitue o indicaţie fără valoare diagnosticală, pentrucă sunt atâtea cauze de ordin patologic şi ereditar cari le provoacă la orice vârstă.

e. **Unghiile.** — Striarea şi fragilitatea lor sunt semnele unei vârste înaintate.

f. **Dinţii:** formula dentară, gradul de uzură a dinţilor. — In ce priveşte formula dentară se poate comite o eroare de interpretare, atunci când dentiţiunea e pusă în corelaţie cu statura: sunt pitici cu dentiţia întârziată, incomplectă. (Pentru alte detalii interesând dentiţiunea, vezi mai departe: *identitatea cadavrului*). — Cu ajutorul urmelor lăsate de dinţii unui hoţ într'un măr din care muşcase pe locul furtului, s'a putut identifica individul (*Euler*, 1929).

g. **Ochiul.** — *Prezenţa arcului senil:* pela 60 ani corneea transparentă devine turbure şi albicioasă spre periferie, mai ales în partea de sus, la locul de împreunare a marginii externe cu sclerotica; de regulă la 70—85 ani arcul senil sau gerontoxonul înconjură întreaga cornee. Sunt însă şi rari excepţii pentru această din urmă perioadă a vieţii.

După investigaţiile făcute de *Tourdes*, arcul senil (incomplect sau total) se notează în următoarea proporţie:

La	*60—64*	ani:	bărbatul	22 %;	femeea	0
„	*65—69*	„	„	64 %;	„	28 %
„	*70—74*	„	„	67 %;	„	76 %
„	*75—79*	„	„	85 %;	„	80 %
„	*80—84*	„	„	90 %;	„	60 %

h. **Aparatul genito-urinar.** — 1. La *bărbat*, cu timpul slăbeşte virilitatea, iar micţiunea e din ce în ce mai frecventă şi mai lungă

2. La *femee*, epoca instalării menopausei e mai mult sau mai puţin un indiciu de oarecare valoare pentru aprecierea vârstei. Canalul uretral care, la femeea în puterea vârstei, are o direcţiune anterioară, se lasă cu timpul în jos, până ia o direcţiune aproape paralelă cu aceea a membrelor inferioare.

i. **Respirația.** — Maximul capacității pulmonare e la 35 ani când începe să scadă treptat, din cauza stingheririi mișcărilor respiratorii prin procesul de osificare a cartilajelor costale, ceeace face ca articulațiile toracice să fie mai puțin flexibile.

j. **Aparatul circulator.** — Se notează modificări inerente vârstei, atât la inimă cât și la vase.

k. **Mersul osificării.** — Determinarea vârstei cu ajutorul acestui element e, firește, ușor de făcut, atunci când e vorba de un cadavru, pentrucă expertul nu se lovește de nici o dificultate pentru desgolirea oaselor și examinarea gradului de osificare. Dar și pentru individul viu greutatea e înlăturată grație imaginii radiografice, care ne redă punctele de osificare caracteristice unor anumite perioade ale vieții.

Vroblewsky (1929), utilizând constanța fenomenului de osificare la extremitățile scheletului, stabilește un tablou al mersului sudurei oaselor, după prezența sau absența fășiei cartilaginoase între epifisă și diafisă:

La 14 ani: fășia cartilaginoasă epifisară există încă la olecran, calcaneu, la epifisele inferioare ale peroneului și tibiei, la epifisele superioare ale peroneului și tibiei.

La 16 ani: sudura completă epifiso-diafisară la olecran și calcaneu; persistența benzii cartilaginoase la epifisele inferioare și superioare ale peroneului și tibiei.

La 18 ani: sudura completă la olecran, calcaneu și epifisa inferioară a tibiei; persistența fășiei cartilaginoase la epifisa inferioară a peroneului, la epifisele superioare ale peroneului și tibiei.

La 20 ani: sudura completă la olecran, la calcaneu și la epifisele inferioare ale peroneului și tibiei; persistența benzii cartilaginoase la epifisele superioare ale peroneului și tibiei.

La 21 ani: sudura completă la toate oasele examinate: olecran, calcaneu, epifisele inferioare și superioare ale peroneului și tibiei.

Firește se pot înregistra și anomalii în mersul acestor puncte de osificare, dar abaterile dela regula fixată nu sunt de natură a modifica simțitor criteriul de apreciere a vârstei; în orice caz, eroarea nu depășește niciodată intervalul de un an.

3. Rasa

Elementele diagnosticale sunt: indicele cefalic și pigmentația.

I. **Indicele cefalic,** adică raportul între diametrul transvers și diametrul antero-posterior al craniului, — acest din urmă diametru fiind socotit constant egal cu 100 subdiviziuni. Pe baza acestui sistem, imaginat de Retzius și desăvârșit de Broca și Gratiolet, *Broca* stabilește următoarele măsurători medii ale principalelor tipuri craniene:

dolichocefalul:	indice cafalic	inferior lui 5 la 100;
subdolichocefalul:	„	între 75 și 77,5 la 100,
mesocefalul:	„	între 77 și 79,9 la 100;
brachicefalul:	„	peste 85 la 100;
subbrachicefalul:	„	între 80 și 84,9 la 100.

Iar *Deniker*, aplicând măsurătoarea numai la neamurile europene, dă următoarele indice cefalice:

hiperdolichocefalul	73—75,9 la 100;
dolichocefalul	76—77,9 la 100;
subdolichocefalul	78—79,9 la 100;
mesocefalul	80—81,9 la 100;
subbrachicefalul	82—83,9 la 100;
brachicefalul	84—85,9 la 100;
hiperbrachicefalul	86—88,9 la 100.

II. **Pigmentaţiunea** e criteriul pentru diferenţiarea raselor după culoarea pielii.

III. **Indicele cefalic combinat cu pigmentarea.** — Pentru neamurile europene, *Deniker* fixează următoarele şase tipuri: rasa blondă dolichocefală; rasa blondă subbrachicefală; rasa brună dolichocefală; rasa brună hiper-brachicefală; rasa brună subdolichocefală, rasa brună brachicefală.

IV. **Dinţii.** — 1. *Volumul* incisivilor, al caninilor şi al molarilor e enorm la rasele inferioare. — 2. In ce priveşte *forma*, diferenţiarea ne-o dă numărul de tubercule depe suprafaţa triturantă a molarilor. — 3. *Mutilaţiunile voite:* fractura incisivilor (unele triburi africane); pilirea (triburi din Java, Sumatra, Celebe, Moluce, Congo); incrustarea unui mic cilindru de metal sau a unei pietre preţioase într'o cavitate practicată pe faţa anterioară a incisivilor sau a caninilor (unele triburi din arhipelagul malaes); fractura transversală complectă a coroanei incisivilor superiori (Eschimoşii din nordul Canadei).

4. Starea mintală şi intelectuală

Indeosebi sunt izbitoare caracteristicile unei guri de idiot:

1. *Gura mare, hipersecreţiunea salivară, balele.*
2. *Adâncimea excesivă a cerului gurii, cu aspectul angulos şi ogival.*
3. *Inflamaţia cronică a gingiilor, ulcerarea acestora.*
4. *Uneori întârzierea erupţiunii dinţilor permanenţi, din cauza persistenţei peste termen a dinţilor de lapte.*
5. *Caria dentară.*
6. *Nanism şi gigantism*, adică sau dinţi prea mici sau dinţi excesiv de mari ori prezenţa simultană şi a nanismului şi a gigantismului dentar.
7. *Anomalii de implantare.*
8. *Anomalii de direcţiune:* incisivii şi caninii fixaţi oblic, în afară sau înăuntru.
9. *Anomalii de formă:* un premolar cu forma de canin; molarii cu câte un tubercul suplimentar; prezenţa de tuberculi pe dinţii cari, normal, nu au această particularitate.
10. *Şanţuri longitudinale sau transversale; eroziuni.*
11. *Imposibilitatea închiderii complecte a gurii* din cauza unora dintre dinţii prea desvoltaţi.

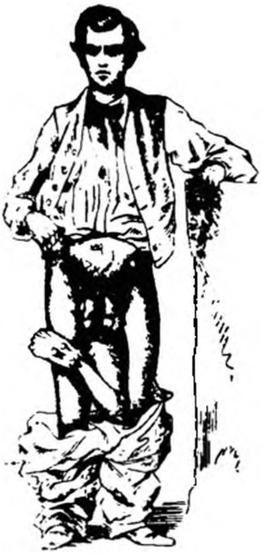


Fig. 277. — Cazul acesta de identificare datează din 1865. E acela al unui tânăr Portughez, Jean Battista dos Santos (19 ani) care, în acel an, a sosit la Londra. Îmbrăcat (cu haine bărbăteşti) exteriorul nu trăda nimic din existenţa părţilor supranumerare (un picior central şi două penisuri) cari constituiau monstruozitatea structurii sale anatomice. Ceva mai mult, cel de al treilea picior — care prin flexiune putea fi adus până la piept şi lipit de acesta — nu-i stingherea deloc mişcările şi mersul. În ce priveşte cele două penisuri, în revista medicală „The Lancet", din 29 Iulie 1865, găsim următoarea descripţie:

Ambele penisuri cu prepuţul retractat, bine formate şi înzestrate cu toate caracterele anatomice, sunt înserate deoparte şi de cealaltă a liniei medaine a pubisului, la 2,5 cm. de aceasta. În stare de flaciditate, lungimea fiecăruia din ele e de aproape 12 cm, şi ele diferă numai în grosime: circonferinţa penisului stâng e de 10,3 cm, iar aceea a celui drept numai de 9,2 cm.

În micţiune, urina e simultan eliminată prin uretrele ambelor penisuri.

E înzestrat cu o mare putere virilă; în excitaţie, erecţiunea şi ejacularea ambelor penisuri sunt simultane.

Fiecare penis e dotat cu câte o bursă în interiorul căreia se află câte un testicul.

Între ambele burse laterale există un scrotum central retractat în care, până la vârsta de 10 ani, se găsiau două testicule, cari, la acea epocă, au dispărut, reurcându-se în abdomen.

5. Habitusul

I. **Atitudinea** — ţinuta individului în repaus sau în mişcare: atitudine ţeapănă, aplicată, leneşă, capul aplecat spre piept sau pe spate, în dreapta sau în stânga; spinarea dreaptă sau adusă; umerii ridicaţi sau oblici în jos; ţinuta obicinuită a braţelor şi a mânilor; picioarele apropiate sau crăcănate.

II. **Umbletul**: încet, cu paşi mici; umblet uşor săltat; umblet tărăgănat; şchiopătarea.

III. **Gesturile**: mişcările reflexe ale degetelor, mânilor, capului, picioarelor.

IV. **Ticurile**: sprincenare, palpebrale, nazale, bucale, roaderea unghiilor.

V. **Expresia obicinuită a feţei**: mirată, zâmbitoare, impasibilă, gânditoare, suferindă, etc.

VI. **Privirea**: dreaptă sau piezişă, pătrunzătoare sau stinsă, fixă sau mobilă, miopie sau presbiţie.

VII. **Temperamentul** — sanguin sau limfatic. La determinarea temperamentului ne putem servi şi de caracterele dentare:

Temperamentul sanguin: dinţi albi, de dimensiuni mijlocii, marginile pătrate, groase, foarte tari.

Temperamentul limfatic: dinţi de un albastru azuriu; incisivi înguşti şi subţiri.

VIII. **Vorbirea**. — Se notează:

a) *Timbrul*: voce groasă, piţigăiată, femeească la bărbat şi bărbătească la femee.

b) *Dialectul* (după diversele regiuni ale ţării.)

c) *Accentul limbii sau al limbilor* de cari obicinuit se serveşte individul.

d) *Defectele articulaţiunii*: bâlbâiala, vorbirea repede, pe nas, pelticia, deformarea unor sunete.

IX. **Îmbrăcămintea şi încălţămintea.**

6. Semnele particulare

Se notează toate semnele particulare descrise la elementele de identificare comune omului viu şi cadavrului.

Pentru omul viu vom mai indica următoarele semne:

I. Spasmul profesional (crampele scriitorilor).

II. Astenia profesională.

III. Hernia sub diversele ei forme

IV. Stigmatele unei boli cronice.

V. Unghiile. — 1. *Coloraţia* lor poate indica îndeletnicirea obicinuită.

2. *Substanţele de sub unghii* deasemenea pot servi drept criteriu pentru determinarea ocupaţiunii individului.

3. *Uzura unghiilor* la anumite degete variază după anumite îndeletniciri.

4. *Excesul de desvoltare* (lungime ori grosime): de exemplu unghia indexului stâng la lucrătoarele de broderie şi dantele. unghia policelui stâng la cismar. unghia policelui drept la ceasornicar.

5. *Unghie aspră sau unghie netedă.*

VI. Sprincenele stufoase, caracteristice vârstei mai mult sau mai puţin înaintate.

VII. Diminuarea coloanei vertebrale. efect al atrofierii cu timpul a cartilajului intervertebral.

La notarea semnelor particulare, indicăm: natura semnului, forma şi mărimea lui, direcţiunea, localizarea.

a) Natura: cicatrice (originea ei), aluniţă, neg, pată cutanată, tatuaj, etc.

b) Forma: descrierea cât mai precisă a conturului, cu toate accidentele acestuia.

c) Mărimea: notarea dimensiunilor.

d) Direcţiunea: orizontală, verticală, oblică (anterioară, externă, internă, posterioară).

e) Localizarea: distanţa intre punctul de reper ales pe regiunea respectivă a corpului şi locul ocupat de semn; direcţiunea în care a fost măsurată distanţa.

Punctele de reper pentru diversele zone sunt:

1. *Pentru faţă:* boselc frontale (dreaptă sau stângă), capătul extern sau intern al sprincenelor. mijlocul acestora; unghiurile pleoapelor; rădăcina nasului. nara dreaptă sau cea stângă: pometele; tragusul sau lobul urechii; maxilarele; unghiurile gurii: vârful bărbiei.

2. *Pentru gât:* mărul lui Adam.

3. *Pentru faţa trunchiului:* furculiţa, sfârcul mamelelor. ombilicul. linia mediană imaginară despărţind în două pieptul şi abdomenul.

4. *Pentru spate:* cea de a 7-a vertebră; şira spinării.

5. *Pentru braţe:* humerus, cubitus şi radius.

6. *Pentru mâni:* încheietura pumnului. încheieturile degetelor. degetele, falangele acestora.

7. *Pentru membrele inferioare:* diversele părţi ale acestora.

CAP. III

IDENTITATEA DUPĂ MOARTE

După împrejurare expertul are de examinat un cadavru intreg (mai mult sau mai puțin bine conservat, complect putrefiat, scheletul) sau oase izolate.

A. CADAVRUL INTREG

Elementele comune identității omului viu și cadavrului putând suferi modificări sau chiar să dispară in parte după moarte (felul morții, gradul de putrefacție), e necesar ca pedeoparte să indicăm caracterele de diferențiare în ce privește sexul, vârsta și corpolența, iar pe de alta semnele specifice de identificare individuală.

I. Cadavrul proaspăt sau putrefiat

1 Sexul

a) **Organele genitale.** — La un cadavru bine conservat e ușor să se determine sexul, în primul loc după organele genitale. Singura dificultate o constitue existența pseudo-hermafrodismului (masculin sau femenin).

Sexul unui cadavru în stare de putrefacție înaintată se stabilește prin identificarea *uterului* care deobiceiu putrezește cel din urmă.

La cadavrul conservat al unei femei mai putem, după *examenul himenului*, să stabilim, in oarecare măsură, dacă avem a face cu o fecioară, cu o femee care a avut raporturi sexuale, cu o femee care a fost sau nu însărcinată, cu o femee care a avortat sau a făcut copii.

b) **Viscerele.** — *Greutatea inimii* poate și ea întrucâtva contribui la determinarea sexului.

Smith (1928): din 6.000 cadavre s'au găsit numai 1.000 cu inima normală, greutatea medie a inimii e de 294 gr. la bărbat și de 250 la femee: in raport cu greutatea totală a corpului inima reprezintă 0.43% la bărbat și 0.40% la femee; la o greutate corporală sub 45 kgr., sau peste 94.5 kgr., raportul acesta nu mai există decât cu o aproximație de 0.08—0.10%.

c. **Infățișarea generală.** — Numai dacă nu ne aflăm în prezența unui hermafrodit sau a unui caz patologic, înfățișarea generală a corpului e și ea un element de diferențiare a sexului.

d) **Abdomenul.** — Vergeturile sarcinii sunt și ele un element de diferențiare a sexului.

e) **Toracele.** — In genere, toracele *bărbatului* are forma mai mult conoidă, iar acela al *femeii* una mai mult ovoidă.

La *femee*, toracele e turtit dinainte înapoi, mai larg sus, iar sternul e mai puţin oblicat.

2. Vârsta

a) Talia şi greutatea

Pentru minorul până la 16 ani, vezi: „Minorul" — vârsta (vol. II, pag. 107 cu tabelele lui Quételet şi Viarot-Chaumet): pentru individul de 15—24 ani, vezi, în acelaş loc, tabela experţilor Societăţii de asigurare „Equitable".

Tot pentru minor, vezi, în acelaş loc: formula dentară.

Pentru adult, vezi tabela experţilor Societăţii de asigurare „*Equitable*", privitoare la talia şi greutatea individului viu în diversele perioade ale vieţii dela 15 la 60 ani (*Vârsta individului viu*, vol. II, pag. 1058).

Ca şi la individul viu se va ţine seama de eroarea de interpretare putând rezulta din anomaliile desvoltării: gingantismul, nanismul, oprirea bruscă a creşterii.

Cifra reprezentând talia cadavrelor trebuie întotdeauna redusă cu vreo 2 cm., deoarece măsurătoarea se face pe corpul întins pe spate, iar nu în poziţia verticală (în picioare) care e mai mică, din cauza tasării ca efect al presiunii exercitate de greutatea trunchiului asupra membrelor inferioare.

Talia şi greutatea unui cadavru mutilat, amputat, se calculează prin deducţiune.

b) Corpolenţa

La cadavrul proaspăt, înfăţişarea generală e aceea pe care a avut-o individul în momentul morţii.

In stare de putrefacţie gazoasă mai mult sau mai puţin înaintată, corpul se umflă, iar mărirea de volum, provocată de acţiunea gazelor, poate simula desvoltarea escesivă a ţesutului adipos şi astfel să inducă în eroare *în plus* în ce priveşte vârsta reală. — In starea de mumificare ori de calcinare, aspectul cadavrului ne poate induce în eroare *în minus* sub raportul vârstei.

c) Pielea

Ea începe să se încreţească după 30 ani, când mai întâiu apar încreţiturile dela tâmple — *laba gâştii*: în urmă se zbârceşte restul feţei, apoi vine rândul gâtului şi al mânilor; pela 32 ani apar cutele de dinapoia urechii; iar la 40—45 ani, cutele cervicale dela nivelul urechilor, cari tind să se împreune cu acele ale zonei de după urechi. Un semn al bătrâneţii înaintate e formarea de cute pe lobul urechii, pe buza de sus, pe bărbie şi pe dosul palmei.

La bătrâni pielea e uscată şi subţiată, cu pete pigmentare la mâni. Grăsimea e colorată în galben.

d) Părul

După cum am arătat şi la identificarea omului viu, chelia parţială sau totală, cărunţirea sau albirea nu pot servi ca element de diferenţiare a marilor perioade ale vieţii: (Vezi şi „Examenul părului", *vol. I, pag. 601—620).*

e) Ochiul

Arcul senil (vezi: *„Identificarea omului viu").*

f) **Forma maxilarului**

1. **La făt şi la noul născut** corpul maxilarului inferior e scurt, îngust şi relativ gros. — La *noul-născut* despărţiturile interalveolare sunt aproape formate, delimitând câte 5 loje de fiecare parte a liniei mediane dela ambele maxilare.

2. **La epoca erupţiei dinţilor de lapte** maxilarele se lungesc, se lărgesc şi se îngroaşă. — La *2 ani şi jumătate,* găurile sub-orbitare şi mentoniere răspund la intervalul cuprins între cele două rădăcini ale molarului caduc anterior.

3. **După erupţia dinţilor permanenţi,** ramura ascendentă a maxilarului inferior s'a lungit mult şi formează, cu ramura orizontală, un unghiu aproape drept.

4. **La bătrâneţe,** după căderea complectă a dinţilor, maxilarul inferior recapătă aspectul pe care-l avea în momentul erupţiunii dinţilor: unghiul redevine obtuz.

g) **Dentiţiunea**

1. **Fătul.** — a. *Foliculele dentare* nu apar înainte de 7 săptămâni de viaţă intra-uterină. Apoi se ivesc treptat rudimentul de bulb, calota de dentină, peretele folicular. Ultima fază fetală e aceea a închiderii peretului folicular.

2. **Noul-născut:** în genere nu există rădăcină dentară.

3. **Copilul până la 8 ani.** — a) *Ordinea de erupţie a dinţilor de lapte:* incisivii centrali inferiori, la 6 luni; incisivii centrali superiori, la *10 luni* (*la 12 luni,* rădăcina incisivilor centrali are o lungime de 5 mm.); incisivii laterali inferiori, la *16 luni;* incisivii laterali superiori la *20 luni;* premolarii inferiori la *24 luni;* premolarii superiori la *26 luni;* molarii inferiori, la *28 luni;* molarii superiori, caninii inferiori şi superiori, la *30—32* luni; gâtuirea primului molar, pentru formarea rădăcinilor, la *3 ani;* apariţia celui de al doilea molar (lung de 9 mm. şi lat de 7 mm.) la *5 ani;* apariţia celor 4 molari mari, la *7 ani.*

b) *Ordinea căderii spontane a dinţilor de lapte:* incisivii centrali inferiori dela *7—8 ani;* incisivii centrali superiori, *la 7 ani şi jumătate;* incisivii laterali inferiori şi superiori, la *8 ani.*

c) *Ordinea apariţiei dinţilor permanenţi:* premolarii inferiori şi superiori, *5—7 ani;* incisivii centrali inferiori şi superiori, *7 ani.*

4. **Minorul de 8—15 ani.** — a) *Căderea spontană a restului dinţilor de lapte:* premolarii inferiori şi superiori, la *10—10½ ani;*

molarii inferiori și superiori, la *11—11½* ani; caninii inferiori și superiori, la *12 ani.*

b) *Ordinea de apariție a dinților permanenți:* incisivii laterali inferiori și superiori (cu alveolele de o adâncime de 15 mm.) la *8 ani și jumătate;* prima serie de premolari inferiori și superiori (cu un diametru de 10 mm.) la *9—10 ani;* a doua serie de premolari inferiori și superiori, caninii inferiori și superiori, la *11—12 ani;* molarii inferiori și superiori, la *12—13 ani.*

Diferențiarea dinților de lapte de cei permanenți se face, in primul loc, după *lungimea mijlocie,* la fiecare din cele două maxilare.

	Dinții de lapte	Dinții permanenți
Maxilarul superior		
Incisivii centrali	16 mm.	22,5 mm.
„ laterali	15,8 „	22 „
Caninii	19 „	26,5 „
Premolarul	15 „	20,6 „
Al doilea premolar	—	21,5 „
Molarul	15,2 „	20,8 „
Al doilea molar	—	20 „
Al treilea molar (măseaua de minte)	—	17,1 „
Maxilarul inferior		
Incisivii centrali	14 mm.	20,7 mm
„ laterali	15 „	21,1 „
Caninii	17 „	26,5 „
Premolarul	16 „	21,6 „
Al doilea premolar	—	22,3 „
Molarul	15,8 „	21,4 „
Al doilea molar	—	19,8 „
Al treilea molar (măseaua de minte)	—	18,5 „

Diferențiarea dintelui de lapte de cel permanent se mai face după *aspect:*

a) Dinții de lapte, pe lângă că sunt mai mici, sunt și mai albi, mai netezi, mai lustruiți decât dinții permanenți.

b) Inălțimea coroanei, in comparație cu lățimea acesteia, e mai mică la dinții de lapte ca la dinții permanenți.

c) Pe dintele de lapte, smalțul se termină brusc la nivelul gâtului dintelui; la dintele permanent, stratul de smalț se subțiază treptat, terminându-se printr'o linie imperceptibilă.

5. **Individul dela 18 la 25 ani.** — Dela 18 la 25 ani apar, de regulă, măselele de minte, la ambele maxilare. Apariția, însă, poate intârzia sau chiar să nu se producă deloc.

6. **Individul mai mare de 25 ani.** — a) *Un important element diagnostical îl formează uzura și colorația dintelui:* numai uzura smalțului, până la *30 ani;* atacarea dentinei, care ia o nuanță gălbuie, *după 40 ani;* distrugerea în bună parte a smalțului și nuanța cafenie a dintelui, la *50 ani;* colorația negricioasă a suprafețelor

de uzură ale tuturor dinţilor, *la 60 ani;* atacarea cavităţii pulpare şi coloraţia dinţilor în negru pronunţat. la *70 ani.*

Nu trebuie însă nesocotit faptul că sunt cauze accesorii cari provoacă uzura timpurie a dinţilor: substanţe alimentare acide. unele substanţe toxice. acţiunea climatului, deformaţiunile mai mult sau mai puţin pronunţate ale maxilarelor (prognatismul, opisthognatismul): uzura artificială (mutilaţiunile voite): uzura patologică.

b) *Rădăcinile.* — In teză generală. cu cât vârsta e mai înaintată, cu atât se închide şi culoarea rădăcinii (iniţial albă).

Dela *30—40 ani,* dinţii fiind sănătoşi. culoarea rădăcinii e la fel cu aceea a coroanei.

Dacă dintele a căzut din cauza acţiunii tartrului. rădăcina e de un galben roşcat.

Dela *70—80* ani dinţii sunt în mare parte căzuţi; sunt excepţionali bătrânii de 80 ani cu toţi dinţii (*Tourdes* citează cazul unui bătrân de 111 ani care mai avea toţi dinţii în gură).

Anomaliile de erupţiune

I. **Erupţiunea precoce.** — a) *Dinţii de lapte:* nou-născut cu unul sau doi dinţi în gură

b) *Dinţii permanenţi:* apariţia incisivilor cu 1—2 ani înainte de epoca normală. Dinţii de lapte nefiind încă expulzaţi. incisivii erup la spatele acestora: avem astfel un parţial dublu şir de dinţi (dinţii de rechin).

II. **Erupţiunea tardivă.** — a) *Dinţii de lapte:* Erupţiunea poate întârzia până la a 13-a lună (*Magitot*) şi chiar până la a 16-a (*Giraldès*). Origina acestei întârzieri trebue căutată fie într'o tară ereditară (sifilis. rachitism. scrofulă). fie într'o afecţiune generală acută sau cronică.

O statistică a lui *Magitot* (pentru 300 observaţii) ne oferă următoarele date în ce priveşte capriciile apariţiei primului dinte de lapte:

La naştere 1 caz; la 1 lună. 2 cazuri: la 2 luni, 3 cazuri; la 3 luni, 9 cazuri: la 4 luni. 10 cazuri. la 5 luni în 39 cazuri: la 6 luni, în 45 cazuri; la 7 luni, în 110 cazuri; la 8 luni. în 88 cazuri; la 9 luni. în 49 cazuri; la 10 luni. în 84 cazuri: la 11 luni 38 cazuri: la 12 luni în 12 cazuri; la 2 ani în 10 cazuri

Beuzengre notează apariţia primului dinte abea la 3 ani în 2 cazuri

b) *Dinţii permanenţi.* — Se citează cazul unui adult de 50 ani la care abea începuse erupţia caninilor. Deasemenea sunt frecvente cazurile cu întârzierea apariţiei măselelor de minte.

III. **Căderea tardivă a dinţilor de lapte.** — a) *Caninii:* persistenţa până la 68 ani (caz observat de *Amoedo*).

b) *Molarii inferiori* persistă adesea până la o epocă înaintată a vieţii.

IV. **A treia dentiţie** e o realitate tangibilă. anatomiceşte explicată de *Mallassez* şi *Albaran* prin prezenţa în alveolele dentare a unor resturi epiteliale.

Dintre observaţiunile clasice cităm următoarele două:

1. O femee de 40 ani e apucată de groaznice dureri de gingii şi de cap. cari nu se potolesc decât cu apariţia unei a treia dentiţiuni de 20 dinţi (*Sennert*).
2. Maxilare cu a 3-a dentiţiune păstrate în Muzeul de Antropologie al lui Broca

h) Organele interne

Gradul de atrofie e, fireşte, un criteriu al perioadei vieţii; nu trebue însă să se uite că, la un cadavru calcinat, organele, sub acţiunea flacării, se inchircesc într'atât că uneori seamănă cu acele ale unui copil.

1. **Creerul:** dela 1 la 2 ani, volumul lui aproape se dublează. — Cu vârsta scade proporţia de grăsime a creerului.

2. **Aparatul circulator.** — La vârsta mai înaintată se notează tendinţa la congestiunea sistemului venos şi la ateromazarea arterelor. E însă de observat, că arterio-scleroza nu e un stigmat constant şi exclusiv al bătrâneţei, pentrucă ea se poate întâlni şi la indivizi în puterea vârstei; în plus ea nu e în raport direct cu numărul anilor la persoanele cu adevărat bătrâne, deoarece nu o dată se văd artere mai sănătoase la unul de 80 şi chiar 90 ani ca la un individ de 70 şi chiar de 60 ani. Aceasta se explică printr'o stare patologică individuală.

3. **Ficatul**, care la copil reprezintă 1/20 din greutatea totală a corpului, nu mai constitue la adult decât 1/36 din această greutate.

4. **Splina**, cu vârsta, se atrofiază, iar capsula ei devine calcaroasă. La o femee de 104 ani, *Lobstein* n'a mai găsit-o decât de mărimea unui testicul.

5. **Aparatul genito-urinar.** — I. La bătrâneţe, *rinichii* scad de volum, grosimea substanţei corticale, a cărei suprafaţă e granuloasă, se reduce la câţiva milimetri, iar capsula supra-renală nu se mai poate desprinde decât anevoie. Modificarea aceasta nu e însă un apanagiu al vârstei înaintate, pentrucă atrofia renală, de natură patologică, se poate întâlni la orice perioadă a vieţii.

II. *Vesica* bătrânilor are pereţii îngroşaţi, şi deci capacitatea mai mică. — *Secreţiunea urinară* e mai puţin abundentă.

III. *Prostata*, cu vârsta se hipertrofiază.

IV. *Ovarele*. — După numărul crestăturilor se poate, cu aproximaţie, deduce numărul perioadelor de ovulaţie.

i) Osificarea

Mersul osificării e un element de certitudine pentru diagnosticarea vârstei.

Impărţind mai intâiu viaţa în două perioade mari, avem drept criteriu: 1. punctele de osificare, sudura epifiselor şi aceea a diverselor părţi ale aceluiaş os pentru epoca dela naştere până la 22 ani la *femee* şi 24—25 ani la *bărbat*; 2. sudurile oaselor craniului, modificările suferite de alte oase şi procesul de osificare a cartilajelor constitue date de apreciere pentru restul vieţii.

Pentru detaliile mersului osificării, vezi mai departe: *deter-*

minarea vârstei pe cadavrul total sau parțial redus în stare de schelet.

Aci ne vom mărgini să notăm, că imaginea radiografică e o prețioasă contribuție la fixarea epocii vieții.

j) **Stările patologice**

Există diateze proprii vârstei înaintate sau cari de predilecție se instalează la o anumită epocă a vieții.

3. Semnele particulare

Despre acestea am vorbit la capitolul „Elementele de identificare comune omului viu și cadavrului"; aci vom stărui numai asupra unora din semnele cari, îndeosebi când e vorba de un cadavru, pot ajuta, dacă preexistau, la identificarea individului.

a) **Imbrăcămintea și încălțămintea.** - Materia din care sunt confecționate hainele, croiala acestora, calitatea rufelor și aceea a încălțămintei pot *uneori* constitui elemente de identificare. Zicem numai uneori, pentrucă nu trebuie exclusă posibilitatea ca, ulterior morții, cadavrul să fi fost desbrăcat și încălțat spre a fi reimbrăcat și reîncălțat cu haine, rufe și încălțăminte cari nu erau ale lui.

b) **Starea civilă.** — Prezența verighetei în deget sau numai urma ei e un indiciu că individul a fost căsătorit. Pentru evitarea unei erori de interpretare, trebuie să căutăm confirmarea: 1. în examenul urmei (în caz că verigheta se află pe deget), spre a ne convinge dacă impresiunea e vitală sau post-mortală, nefiind exclusă posibilitatea ca verigheta să fi fost pusă după moarte, în scopul de a se induce în eroare; 2. în anamneza, spre a avea certitudinea că avem aface cu o persoană care a fost căsătorită.

c) **Rasa.** — Absența prepuțului e o indicație pentru determinarea rassei semite a bărbatului. Se poate, însă, întâmpla să dăm peste cadavrul unui creștin sau al unui individ de alt neam la care circumciziunea nu e practicată, și cu toate acestea prepuțul lipsește, ca unul ce a fost înlăturat în viață pe cale de intervenție chirurgicală, pentru un motiv sau altul (boală venerică, fimosis).

d) **Ochiul.** — Prezența unui ochiu de sticlă poate constitui o caracteristică individuală, atunci când coroborează celelalte elemente de identificare.

e) **Fața.** — Dilatarea obrajilor, d. e., e caracteristică suflătorilor din fabricile de sticlă.

f) **Părul.** — Lungimea și culoarea părului, particularități de nuanță (prezența unor șuvițe de o anumită culoare). Părul, se știe, rezistă putrefacției vreme îndelungată. (Vezi „*Examenul părului*", vol. I, pag. 603—620).

g) **Dinții.** — 1. *Particularitățile arcadelor dentare*, confirmate fie de familie ori cunoscuţi, fie de fişa dentistului care a îngrijit gura individului.

2. *Numărul* dinţilor sănătoşi, numărul dinţilor bolnavi, numărul dinţilor trataţi, eventualele proteze dentare; dinţii absenţi.

3. *Forma radiculară* a dinţilor: rădăcina curbată înainte sau inapoi a incisivilor şi a caninilor, rădăcina bifidă a caninilor, convergenţa sau divergenţa excesivă a rădăcinilor molarilor.

4. *Mărimea dinţilor* nu constitue un element de apreciere în ce priveşte statura individului, deoarece se găsesc pitici cu dinţi extraordinar de mari.

5. *Starea de fixitate a dinţilor în gingii:* dinţi mai mult sau mai puţin luxaţi pot întrucâtva contribui la stabilirea identităţii.

6. *Poziţiunea şi direcţia dinţilor.*

7. *Dinţii supra-numerari:* dinţi crescuţi dinapoia dinţilor permanenţi.

8. *Linia transversală* pe coroana unuia sau a mai multor dinţi: acesta e stigmatul indelebil al indivizilor cari, în copilărie, au suferit de boli ale centrilor nervoşi.

9. *Dinţii de volum mai mare, coloraţi în alb murdar şi cu feţele aspre şi accidentate,* caracteristici scrofulei.

10. *Dinţii lungi, albi şi cu luciul perlat al smalţului,* caracteristici celor predispuşi la tuberculoza pulmonară.

h) Diatezele diverse.

i) Alteraţiuni ale organelor interne specifice unor anumite îndeletniciri.

B. Scheletul întreg

1. Talia

Cifra obţinută prin măsurarea lungimii scheletului reprezintă, din cauza dispariţiei părţilor moi, talia cu o aproximaţie de câţiva centimetri in minus (3.5—5).

2. Vârsta

Acromegalia şi nanismul putând fi o cauză de eroare în interpretarea superficială a vârstei după talie, expertul îşi va baza demonstraţia numai pe elemente de certitudine trase din: mersul osificării, volumul, aspectul şi greutatea oaselor, aspectul suprafeţelor articulare.

I. Mersul osificării

E un semn de mare valoare diagnosticală pentru determinarea exactă a vârstei, însă numai până la cel mult 25 ani, de oarece la această perioadă a vieţii desvoltarea oaselor e complect terminată. La *femee* și la *indivizii de statură mică* sistemul osos e desăvârșit cu 2—3 ani mai înainte.

In intervalul dela 25 la 40 ani, nu se mai notează nici o modificare esențială.

La 40—45 ani (la unii abea la 60—65) începe osificarea suturilor craniene.

După diversele regiuni ale scheletului, mersul osificării e acesta:

A. **Oasele craniului și ale feței**

1. **Frontalul.** — Osificarea fiecărei jumătăți e completă la naștere, iar sutura metopică se strânge treptat și rămâne vizibilă până la vârsta adultă. Punctele de osificare apar în următoarea ordine:

a. *40—50 zile viață fetală:* primul punct al arcadelor orbitare.

b. *60—90 zile de viață fetală:* al doilea punct de osificare al spinei nazale, al 3-lea punct al apofisei orbitare externe și al 4-lea punct al fosetei trochleene.

2. Etmoidul. — Se notează:

a. *120 zile de viață fetală:* primul punct de osificare pe tuberculul maselor laterale.

b. *Al 2-lea an dela naștere,* două serii de câte 3 granule osoase și două puncte complimentare pe partea mediană.

c. *5—6* ani: osificarea completă.

d. *7 ani:* osificarea suturei etmoido-sfenoidale.

3. **Sfenoidul.** — După vârstă se notează:

a. *Primele 4 luni ale vieții fetale.* — Primul punct de osificare: pe partea anterioară a corpului osului, la aripa mică; la aripa mare; pe porțiunea internă a apofisei pterigiene; pe porțiunea posterioară a corpului osului; pe porțiunea laterală a acestuia.

b. *6—8 luni dela naștere.* primul punct pe cornetele lui Bertin.

c. *5—6 ani:* osificarea completă.

d. *15—20 ani:* impreunarea părții bazilare cu occipitalul

4. **Occipitalul.** — a. *La 90 zile de viață fetală:* câte un punct pe apofisa bazilară, pe fiecare condil și pe fiecare solz.

b. *3—7 ani:* osificarea completă.

5. **Parietalele.** — a. *45 zile de viață fetală:* un punct la bază.

b. *La naștere:* osificarea completă.

6. **Temporalele.** — a. *90 zile de viață fetală:* 3 puncte pe solz; 16 puncte pe stâncă și pe apofisa mastoidă.

b. *150 zile de viață fetală:* 3 puncte pe coarda timpanală.

c. *2—15 ani:* osificarea completă (celulele mastoidiene își fac apariția după primul an dela naștere, iar apofisa mastoidiană e compleet desvoltată după instalarea pubertății).

7. **Maxilarul superior.** — a. *90 zile de viață fetală:* primele puncte de osificare ale malarului, orbito-nazalului, nazalului, palatinului, incisivului și subvomerului.

b) *4 luni:* persistența incisivului ca os aparte.

c) *5 luni:* osificarea completă a porțiunii zigomatice și a porțiunilor orbitare ale osului malar.

d) *7 luni:* osificarea completă a maxilarului.

e) *15—17 ani:* terminarea evoluției alveolelor.

8. **Osul propriu al nasului.** — *90 zile de viață fetală:* primul punct de osificare.

9. **Unguis.** — *90 zile de viață fetală:* două serii de puncte osoase.

10. **Palatinul.** — a) *45 zile de viață fetală:* primele două puncte.

b) *Cu puțin înainte de naștere:* primele două puncte epifisare.

11. **Cornetul inferior.** — *120—150 zile de viață fetală:* un punct.

12. *Vomerul.* — a. *45 zile de viață fetală:* două puncte simetrice.

b) *3 luni:* osificarea completă.

13. **Maxilarul inferior** (pentru fiecare jumătate).

a) *30—35 zile de viață fetală:* un punct pe marginea inferioară (cartilajul lui Meckel).

b) *30 zile de viață fetală:* primele puncte interesând simfiza, gaura mentonieră, condilul, apofisa coronoidă și spina lui Spyx.

c) *La naștere:* unghiul mandibular e de 150—160°.

d) *2—3 luni:* osificarea completă.

e) *După prima dentiție:* unghiul mandibular e de 120—130°.

f) *După a doua dentiție:* unghiul mandibular de 115—120°

g) *La 18 ani:* sfârșitul evoluției alveolelor.

h) *La bătrânețe:* unghiul mandibular de 130—140°, găurile mentoniere se apropie tot mai mult de marginea alveolară a osului.

14. **Hioidul.** — a) *8—9 luni de viață fetală:* două puncte pentru corpul osului, câte unul de fiecare corn mare și mic.

b) *20—25 ani:* osificarea completă.

B. Oasele toracelui

1. **Sternul.** — a) *6 luni de viață fetală:* un punct pentru mâner.

b) *7—8 luni de viață fetală:* punctele părții superioare ale corpului osului.

c) *8—10 luni:* punctele părții inferioare ale acestuia.

d) *20—25 ani:* osificarea completă.

e) *30—60 ani:* sudarea apendicelui xifoid cu corpul sternului.

f) *Bătrânețea:* sudarea mânerului de corpul sternului.

2. **Coastele.** — a) *40—50 zile de viață fetală:* punctul de osificare al diafisei.

b) *16—17 ani:* osificarea capului și a tuberozității coastei.

c) *18—25 ani:* osificarea completă a osului.

C. Coloana vertebrală

1. **Atlasul.** — a) *90 zile de viață fetală:* primul punct pe partea dreaptă a arcului exterior: primul punct pe partea stângă.

b) *1 an:* pe arcul anterior.

c) *3—6 ani:* osificarea completă.

2. **Axisul.** — a) *90 zile de viață fetală:* primele puncte pe corpul și lamele vertebrei, pe apofisa odontoidă și pe fața interioară a corpului vertebrei.

b) *3—4 ani:* sudarea apofisei odontoide de axis.

c) *4—5 ani:* vârful apofisei odontoide: osificarea completă a vertebrei.

3. **Ultimele 5 vertebre cervicale, vertebrele dorsale și lombare.** — a) *90 zile de viață fetală:* puncte pe corpul și lamele vertebrelor.

b) *3—6 ani:* unirea lamelor vertebrale cu corpul osului.

c) *14—16 ani:* vârful apofisei spinoase, vârfurile apofiselor transverse, partea superioară și inferioară a corpului osului.

d) *18—25 ani:* sudura punctelor complimentare.

e) *20—25 ani:* osificarea completă.

4. **Sacrum** (pentru fiecare din cele 5 vertebre).

a) *5 luni de viață fetală:* punctul corpului vertebrei.

b) *5—7 luni de viață fetală:* primele puncte ale lamelor și apofiselor transverse.

c) *10—12 ani:* suprafața superioară și inferioară a corpului vertebrei.

d) *15 ani:* vertebrele sunt independente; numai primele trei au al 4-lea şi al 5-lea punct de osificare.

e) *15—18 ani:* vârful apofisei spinoase.

f) *18—30 ani:* primele patru puncte epifisare laterale.

g) *25—30 ani:* osificarea completă.

5. **Coccixul** (pentru fiecare din cele 5 vertebre). — a) *4—10 ani:* corpul vertebrei. masele laterale, câte un punct pentru fiecare din cele două coarne.

b) *20—25 ani:* osificarea completă.

c) *30—60 ani:* sudura sacrumului cu coccixul.

D Membrele superioare

1. **Clavicula.** — Pe ea apare primul punct de osificare a intregului schelet.

a) *35 zile de viaţă fetală:* primul punct diafisar.

b) *18—20 ani:* în centrul faţetei sternale.

c) *21—25 ani:* osificarea completă.

2. **Omoplatul.** — a. *50 zile de viaţă fetală:* primul punct al solzului.

b) *1 an:* apofisa coracoidă.

c) *10—11 ani:* osul sub-coracoidian.

d) *12—15 ani:* acromionii.

e) *16—18 ani:* epifisele coracoidiene.

f) *16—20 ani:* numeroase granulaţiuni osoase pe marginile cartilaginoase ale solzului şi spinei.

g) *25—28 ani:* osificarea completă.

3. **Humerus.** — a) *35 zile de viaţă fetală:* primul punct diafisar.

b) *2—4 luni:* capul articular.

c) *2—3 ani:* trochinul, trochiterul, condilul.

d) *5 ani:* epitrochleul.

e) *12 ani:* trochleul şi epicondilul.

f) *15—17 ani:* sudarea epifisei inferioare de diafisă.

g) *21—25 ani:* sudarea epifisei superioare de diafisă.

h) *25—26 ani:* osificarea completă.

4. **Cubitus.** — a) *2 luni de viaţă fetală:* primul punct diafisar.

b) *5 ani:* epifisa inferioară.

c) *6 ani:* olecranul şi ciocul acestuia.

d) *14—19 ani:* sudarea epifisei superioare de diafisă.

e) *21—25 ani:* sudarea epifisei inferioare de diafisă; osificarea completă.

5. **Radius.** — a) *40 zile de viaţă fetală:* primul punct diafisar.

b) *5 ani:* epifisa inferioară.

c) *6 ani:* epifisa superioară.

d) *12—19 ani:* sudarea epifisei superioare de diafisă.

e) *14—18 ani:* tuberozitatea bicipitală.

f) *20—25 ani:* sudarea epifisei inferioare de diafisă. osificarea completă.

6. **Carpul.** — a) *1—3 ani:* osul mare. corpul osului şi apofisa unciformă a osului încârligat.

b) *4—5 ani:* scafoidul, semilunarul, piramidalul, trapezul şi trapezoidul.

c) *10—16 ani:* osul pisiform.

7. **Metacarpul.** — a) *3 luni de viaţă fetală:* primul punct diafisar

b) *2 ani şi jumătate:* extremitatea carpiană pentru police şi extremitatea digitală pentru celelalte oase.

c) *18—20 ani:* osificarea completă.

8 **Falangele.** — a) *3 luni:* primul punct diafisar.

b) *3 ani:* extremitatea superioară.

c) *18—20 ani:* osificarea completă.

E. Membrele inferioare

1. **Osul coxal.** — a) *45 zile de viață fetală:* primul punct al ilionului.

b) *70—90 zile de viață fetală:* primul punct al ischionului.

c) *130—150 zile de viață fetală:* primul punct al pubisului.

d) *9—13 ani:* spina iliacă antero-inferioară, tuberozitatea ischiatică, spina pubisului, cavitatea cotiledoidă.

e) *10—12 ani:* împreunarea pubisului cu ischionul.

f) *12—15 ani:* împreunarea ischionului cu ilionul.

g) *15—16 ani:* creasta iliacă; împreunarea pubisului cu ilionul.

h) *15—20 ani:* sudarea punctelor complimentare, cu excepția aceluia al crestei iliace.

i) *24—25 ani:* osificarea completă.

2. **Femurul.** — a) *60 zile de viață fetală:* primul punct.

b) *9 luni de viață fetală:* epifisa inferioară (punctul lui Béclard).

c) *2 ani:* capul.

d) *3 ani:* marele trochanter.

e) *4 ani:* micul trochanter.

f) *16—18 ani:* sudarea celor doi trochanteri cu diafisa.

g) *17—19 ani:* sudarea capului.

h) *20—25 ani:* sudarea epifisei inferioare; osificarea completă.

i) *Bătrânețea:* rarefacția inegală a țesutului gâtului.

3. **Rotula.** — a) *1—3 ani:* un punct de osificare.

b) *18 ani:* osificarea completă.

4. **Tibia.** — a) *40—43 zile de viață fetală:* primul punct diafisar.

b) *La naștere:* epifisa superioară;

c) *1½—2 ani:* epifisa inferioară.

d) *12—14 ani:* tuberozitatea anterioară.

e) *16—18 ani:* sudarea epifisei superioare de diafisă.

f) *18—24 ani:* sudarea epifisei inferioare de diafisă.

g) *22—24 ani:* osificarea completă.

5. **Peroneul.** — a) *40—45 zile de viață fetală:* punctul diafisar

b) *2 ani:* extremitatea inferioară.

c) *3½—4 ani:* extremitatea superioară.

d) *18—19 ani:* sudarea epifisei superioare de diafisă.

e) *19—22 ani:* sudarea epifisei inferioare de diafisă; osificarea completă.

6. **Calcaneul.** — a) *4—5 luni de viață fetală:* partea mijlocie a osului

b) *7—10 ani:* fața inferioară a osului.

7. **Tarsul.** — a) *5—6 luni de viață fetală:* un punct al astragalului.

b) *1 an:* câte un punct la cuboid și la primul cuneiform.

c) *4—5 ani:* câte un punct la scafoid și la ceilalți doi cuneiformi.

d) *16—20 ani:* osificarea completă.

8. **Metatarsul.** — a) *40—50 zile de viață fetală:* primul punct diafisar

b) *2—4 luni:* extremitatea tarsiană pentru primul os, cea digitală pentru celelalte oase.

c) *16—18 ani:* osificarea completă.

9. **Falangele.** — a) *40—55 zile de viață fetală:* punctul diafisar al primelor falange.

b) *100—120 zile de viață fetală:* punctul diafisar al celorlalte falange.

c) *6 ani:* extremitatea posterioară.

d) *15—16 ani:* osificarea completă.

F) **Dentițiunea**

(Vezi: *identitatea cadavrului întreg*).

II. Diversele perioade ale vieții după principalele caractere ale osificării

Cu ajutorul datelor cu privire la mersul osificării, putem determina caracterele scheletice esențiale pentru perioadele medicolegale ale vieții intra și extra-uterine.

A. **Viața fetală**

30—35 zile: Prezența primelor puncte de osificare pe diafisa claviculei și a humerusului; cartilajul lui Meckel (maxilarul inferior).

40—55 zile: arcadele orbitare *(frontalul)*, parietalele, palatinul, vomerul, diafisele costale, solzul omoplatului, diafisa radială, ilionul, diafisa tibiară, diafisa metatarsului, diafisele primelor falange dela degetele picioarelor; simfisa, gaura mentonieră, condilul apofisa conoidă și spina lui Spyx (maxilarul inferior).

60—90 zile: al 2-lea punct al spinei nazale, al 3-lea punct al apofisei orbitare externe și al 4-lea punct al fosetei trochleene *(frontalul)*; primele puncte pe: occipital, temporale, maxilarul superior, osul propriu al nasului, unguisul, atlasul, corpul și lamele axisului, corpul și lamele ultimelor cinci vertebre cervicale, ale vertebrelor dorsale și lombare, diafisele metacarpului, ischionul, femurul, diafisele cubitusului.

100—150 zile: tuberculul maselor laterale ale etmoidului, sfenoidul; coarda timpanului; cornetul inferior; corpul vertebrelor sacrale; pubisul; diafisele celorlalte falange dela picioare.

150—200 zile: mânerul sternului, lamele și apofisele transverse ale vertebrelor sacrale, astragalul.

210—240 zile: partea superioară a sternului.

Fătul la termen: primele două puncte epifisare ale palatinului; 2 puncte pe corpul hioidului și câte unul de fiecare corn mare și mic; punctul lui *Béclard*.

După *Corrado*, prezența unui punct bine desvoltat în epifisa superioară a tibiei e un semn de maturitate fetală mult mai sigur ca acela al punctului lui *Béclard*. Iar *Toldt* consideră drept semn sigur al fătului la termen prezența unui punct de osificare la cuboid (cu 3 mm. în diametru).

* * *

La făt, punctele de osificare se caută prin practicarea de secțiuni longitudinale sau transversale pe ceeace reprezintă oasele lungi.

B. **Viața extra-uterină**

La naștere: punctul lui Béclard; punctul depe epifisa superioară a tibiei.

2—5 luni: dispariția fontanelelor laterale și micșorarea fontanelelor mari; un punct de osificare al cornetului inferior, un punct pe capul articular al humerusului; punctele depe extremitatea tarsiană a primului os al metatarsului și depe extremitatea digitală a celorlalte metatarsiene.

7 luni: străpungerea dinților de lapte.

1 an. — In cursul primului an al vieții incepe sudarea jumătăților frontalului cu capătul de jos al suturii frontale; partea mastoidiană se sudează cu restul osului parietal. cu inceputul formațiunii apofisei mastoide: dispariția crăpăturilor fetale ale occipitalului; sudarea aripelor sfenoidului de corpul osului; impreunarea jumătăților maxilarului inferior: punctul de osificare al arcului anterior al atlasului: impreunarea osoasă a arcurilor vertebrale, mai întâiu la vertebrele toracice și la cele cervicale inferioare, apoi la vertebrele lombare și in ultimul loc la atlas; inmulțirea punctelor de osificare ale sternului.

2 ani: complecta osificare a suturei frontale. complecta dispariție a marei fontanele: inmulțirea punctelor de osificare pe tuberozitatea mare a capului humerusului. pe capetele inferioare ale radiusului. tibiei și peroneului. pe capetele oaselor metacarpului și metatarsului; progresionea sudurei osoase a arcurilor vertebrale; progresiunea erupției dentiției de lapte.

3 ani: sudarea porțiunii solzoase a occipitalului cu corpul osului: desăvârșirea sudării arcurilor vertebrale.

4 ani: punctele de osificare ale apendicelui xifoid; punctele de osificare pe tuberozitatea mică a capului humerusului. pe marele trochanter și la capătul superior al peroneului: inceputul osificării rotulei; sudarea arcului de corpul primei vertebre sacrale.

5 ani: sudarea capului cu tuberozitatea humerusului, constituind o epifisă; puncte osoase in epicondilul median al capătului superior al radiusului.

6 ani: sinostoza culisei anterioare interoccipitale. intre partea articulară și partea bazilară a occipitalului: inceputul osificării ambelor capete ale cubitusului: desăvârșirea osificării rotulei. apropierea ramurilor ascendente ale ischionului și descendente ale pubisului.

7 ani: sudarea apofisei odontoide cu corpul epitrochleului; schimbarea dinților.

8 ani: un al doilea punct de osificare pe trochanter.

9 ani: sudarea oaselor pubisului cu sacrumul; punct de osificare pe tuberozitatea calcaneului.

10—11 ani: desăvârșirea osificării coccixului și inceputul sudării vertebrelor sacrale.

12 ani: punct de osificare pe olecranul cubital, in trochleul humeral și in osul pisiform. Sudura celor trei piese ale cavității cotiloide.

13—14 ani: desăvârșirea osificării micului trochanter.

15 ani: sudura acromionului și a apofisei coracoide; sudura vertebrelor sacrale: puncte de osificare pe capetele și tuberozitățile tuturor coastelor.

16 ani: dispariția cutei cartilaginoase dintre occipital și corpul sfenoidului.

17 ani: sudura epifisei olecranului.

17—18 ani: sudarea capătului inferior al calcaneului cu partea anterioară a acestuia.

18 ani: sudura celor 3 epifise ale femurului; punctele de osificare epifisare ale falangelor sunt complect împreunate cu diafisele.

19—20 ani: formarea unui punct de osificare epifisar la capătul distal al claviculei.

20 ani: osificarea celei de a 4-a vertebre coccigiene.

21 ani: sudarea extremității inferioare a femurului.

22—25 ani: osificarea și complecta sudare a lamelor epifisare ale corpurilor vertebrelor: sudura crestei osului iliac de osul pelvian.

* * *

Pentru determinarea cu mai mare sau mai mică preciziune a vârstei *pentru perioada cuprinsă între 16 și 24 ani,* se poate lua drept element de apreciere examenul gâtului humerusului:

a) Dacă există un helix cartilaginos lat de 1—2 mm., individul nu e mai mare de 16 ani.

b) Dacă helixul osificat mai are pe margini resturi cartilaginoase. vârsta individului e de 17—18 ani.

c) Un helix complect osificat indică o vârstă de 23—24 ani.

26—30 ani sudura primei vertebre sacrale de celelalte. Inceputul formării depozitelor calcare la thiroid și la cricoid.

35—38 ani: începutul sudării suturilor craniene. Sinostoza. care progresează dela tăblia internă spre cea externă. incepe de regulă cu sutura sagitară, la nivelul lamboidului și se continuă la nivelul suturii coronare. în zona bregmatică, și in cele din urmă la sutura squamoasă a temporalului.

40 ani: formarea punctului de sudură pe partea posterioară a suturii sagitale.

50 ani: osificarea suturei coronare în vecinătatea bregmei: accentuarea osificării scheletului cartilaginos al laringelui și a inelelor tracheei: sudarea apendicelui xifoid de corpul sternului.

Dela 60 ani în sus. — Cu cât bătrânețea e mai înaintată. cu atât sunt mai pronunțate următoarele caractere scheletice:

a) *Sinostoza suturilor craniene*, care precum am arătat, progresează dela tăblia internă spre cea externă, incepând de regulă cu sutura sagitară și continuând în ordine cronologică, prin suturile coronară, occipitală și mastoidiană. Excepțional, însă, se poate nota o precocitate a acestei sinostoze: la 20 ani aceea a suturei coronare, la 27 ani acea a suturei sagitare.

b) *Atrofia senilă progresivă a oaselor*, consecutivă contractării substanței spongioase și care e indeosebi marcată la craniu, omoplați, oasele iliace și capul de sus al femurului: oasele se subțiază, devin mai ușoare și mai fragile. — De observat însă, că uneori atrofia osoasă nu e numaidecât un semn al bătrâneții înaintate, ea putând avea ca obârșie o diateză la un individ tânăr.

c) *Modificările specifice ale maxilarelor*. — Din cauza căderii dinților, *apofisele alveolare se atrofiază până la complecta dispariție*. Prin tocirea și treptata dispariție a alveolelor, *înălțimea arcadelor se micșorează;* mijlocul maxilarului inferior proeminează față de cel superior. *Unghiurile, formate deoparte și de alta de ramurile ascendente ale maxilarului inferior cu corpul osului, se redeschid*, redevenind obtuze, întocmai ca în primul an al vieții: de unde la adult, unghiurile acestea erau aproape drepte, la adânci bătrânețe pot atinge 130°—140°. — *Gaura mentonieră*, care la adult e situată la o egală distanță între marginea superioară și cea inferioară a corpului osului, din cauza tocirii progresive a alveolelor se apropie de marginea superioară care, prin subțiare, devine aproape tăioasă.

d) *Osificarea discurilor intervertebrale.*

e) *La cel puțin 70 ani*: închiderea complectă a suturii temporale. După *Tourtarel* abea la 90 ani se poate nota desăvârșirea intregului proces de sudare a suturilor craniene.

f) *Turtirea suprafețelor articulare.*

3. Sexul

I. **Talia.** — In general, la indivizii din aceeaș rasă, scheletul femeii e mai mic decât acel al bărbatului, din cauza mai ales a toracelui, care e mai scurt deși mai larg decât cel masculin.— Dar talia nu poate fi luată, nici măcar cu titlu de simplă orientare, drept criteriu pentru determinarea sexului, deoarece chiar în aceeaș familie se întâlnesc, în această privință, exemple izbitoare de inversare a raportului: sora cu mult mai înaltă decât fratele.

II. **Aspectul.** — a) *Până la pubertate* e greu să se diferențieze sexul după înfățișarea generală a scheletului, deoarece acesta are de regulă mai mult tipul feminin: sternul scurt și lat, oasele subțiate.

b) *Până la 45 ani*, tipul feminin e tot mai pronunțat: oasele mai subțiri, mai netede; capetele articulațiunilor mai puțin voluminoase decât la bărbat.

c) *După 45 ani*, caracteristicile tipului feminin se atenuează treptat, până ce acesta se apropie de tipul masculin al scheletului.

III. **Mersul osificării.** — Acesta prezintă deosebiri atât din punctul de vedere al datei apariției punctelor de osificare, cât și din acela al desăvârșirii osificării.

a) *Procesul de osificare* începe mai curând la fătul feminin decât la cel masculin. Aceasta și explică dece complecta constituire a scheletului se face cu 2—3 ani mai curând la femee decât la bărbat.

b) *Absența frecventă a osificării cartilajelor laringelui și ale coastelor la femeea ajunsă la adânci bătrânețe*, ceeace e o excepțiune la bărbat.

IV. **Craniul.** — a) *Volumul și greutatea.* — In genere craniul feminin e mai mic decât acela al bărbatului din aceeaș rasă, iar greutatea lui medie e cu 50 gr. inferioară greutății medii a craniului masculin. (Neamurile europene: 600 gr. la femee, 650 gr. la bărbat).

b) *Aspectul.* — Oasele craniului feminin sunt mai subțiri, mai delicate, iar *crestele de inserțiune musculară* mai puțin pronunțate, îndeosebi la nivelul temporalelor și al occiputului; *parietalele sunt mai turtite*, pe când la bărbat boltirea lor e foarte accentuată; *fruntea* e mai mică, mai dreaptă la femee, cu *sinusurile frontale* mai puțin desvoltate, iar *arcadele orbitare* au marginile subțiate, tăioase.

c) *Apofisele:* la femee, apofisele mastoide sunt mai mici, iar cele stiloide mai lungi și mai subțiri în punctul lor de inserțiune.

d) *Maxilarul inferior* e mai puțin desvoltat la *femee* decât la bărbat (63 gr. *greutatea medie* a mandibulei feminine față de 80 gr. greutatea medie a celei masculine); *unghiurile* sunt mai puțin accentuate la femee decât la bărbat.

e) *Dinții.* — Elementul diagnostical ni-l oferă *incisivii* și rezistența țesutului dentar.

1. Diametrul maxim medio-distal al *incisivilor centrali superiori* e de 8,957 mm. *la bărbat*, iar *la femee* 8.518 mm. Diametrul maxim medio-distal al incisivilor *laterali superiori* e de 6.699 mm. *la bărbat*, iar *la femee* 6.54 mm.

2. *Rezistența țesutului dentar* e mai mică la femee decât la bărbat. Judecând dar după timpul scurs dela moarte, se poate întrucâtva aprecia sexul.

V. **Basinul.** — a) *Forma.* — Basinul feminin are forma aproape cilindrică, iar cel masculin mai mult conică — pâlnie. — La *femee* sacrumul (mai lat și mai scurt) și coccixul sunt mai înălțate, curbura lor e mai pronunțată; marginile inferioare ale osului pubian formează la *femee* un unghiu ascuțit. pe când la bărbat unul obtuz; *gaura obturatoare* e *triunghiulară*, mai largă, mai oblică, la *femee;* la bărbat e *ovalară*.

b) *Inclinarea.* — Basinul femeii e mai inclinat decât al bărbatului; unghiul format de strâmtoarea superioară pe linia orizontală e in medie de 58° la *femee*, pe când la bărbat e numai de 54°.

c) *Oasele* pereților basinului sunt, *la femee*, mai subțiri, transparente chiar la nivelul aripilor iliace.

d) *Dimensiunile.* — Sunt stabilite următoarele cifre medii, pentru basinul individului ajuns la maturitatea sistemului osos:

1. **Strâmtoarea superioară:** I. *Distanța cea mai scurtă între marginea de sus a simfizei și mijlocul promontoriului:* 11.8 cm. la *femee* și 11.3 cm. la bărbat. — II. *Diametrul transversal:* 13.5 cm. la *femee; 12.7 cm. la bărbat.* III. *Diametrul in diagonală:* 12.4 cm. la *femee;* 12 cm. la bărbat.

2. **Cavitatea basinului.** I. *Diametrul antero-posterior:* 12.6 cm. la femee; 11.4 cm. la bărbat. — II. *Diametrul transversal:* 12 cm. la *femee;* 10.9 cm. la *bărbat.*

3. **Strâmtoarea inferioară.** — I. *Diametrul* antero-posterior: 9—11 cm. la *femee;* 7.5—9.5 cm. la bărbat. — II. *Diametrul transversal:* 12 cm. la *femee;* 8.2 cm. la bărbat.

4. **Inălțimea simfizei pubiene:** 3.4 cm. la *femee;* 9.4 cm. la bărbat.

5. **Unghiul format de osul pubian cu simfiza:** 85°—90° la femee; 70° la bărbat.

4. Semnele particulare

I. **Eventualele anomalii constituționale congenitale sau dobândite.**

II. **Eventualele leziuni sau amputațiuni scheletice.**

III. **Elementele trase din măsurătorile craniului**, prin compararea cu cele cunoscute din anamneză: 1. *Diametrii.* — 2. *Curbele craniene:* curba occipito-frontală, curba transversală subauriculară, curba orizontală (cea mai mare circonferință a capului). — 3. *Capacitatea craniană.*

IV. **Eventualul prognatism, opisthognatism.**

V. **Arcadele dentare.** — Particularitățile vitale subsistă și după moarte, fie că aceste caracteristice sunt naturale (formă, volum, carie dentară), fie că ele sunt artificiale (plombe, coroană metalică, coroană de porțelan, dinte cu șurub, punte).

Exemplele de identificare, sub acest raport, abundă: ne vom mărgini să citām câteva clasice:

a) Corpul Prințului Imperial (fiul lui Napoleon III) ucis și mutilat de Zuluși, a putut fi identificat *grație fișei dentare a dentistului care-i îngrijise dinții și in care erau notate patru mici cavități plombate cu aur, la primii molari.*

b) Identificarea unui schelet prin următoarele elemente:

1. *prognatismul accentuat al maxilarului inferior;* 2. *incisivii maxilarului*

superior: scurţi, laţi şi puţin luxaţi prin rotaţie pe axă; 3. *uzura pronunţată a unui colţ* al unuia dintre incisivi: 4. *unul din molarii maxilarului inferior* plombat cu amalgam.

c) Se identifică scheletul după trei ani şi jumătate dela inhumare, graţie particularităţilor (forma deosebită a unora dintre dinţi plombele) notate pe fişa dentistului.

d) Craniul e identificat, după 12 ani dela moarte, prin particularitatea lungimii excesive a incisivilor.

(Pentru orientarea expertului, in ce priveşte lungimea diverşilor dinţi, vom indica lungimile maxime ale dentiţiunii permanente. *Maxilarul inferior:* incisivii centrali 24 mm., incisivii laterali 27 mm., caninii 32,5 mm. premolarii 26 mm., molarii 24 mm. măselele de minte 20 mm. *Maxilarul superior:* incisivii centrali 27 mm., incisivii laterali 26 mm., caninii 32 mm., premolarii 27 mm., molarii 24 mm., măselele de minte 22 mm.).

e) Identificarea unui schelet prin particularitatea incrucişării a doi incisivi dela maxilarul inferior.

C. Cadavrul carbonizat

1. Scheletul intact

In măsura in care o ingădue starea de calcinare a oaselor, identificarea se face pe baza elementelor studiate la examenul sistemului osos.

2. Scheletul mai mult sau mai puţin desfăcut

a) Se caută, dacă se mai pot nota, particularităţile din timpul vieţii.

b) Arcadele dentare

Examenul atent al acestora ne poate da cele mai preţioase elemente de identificare. Pentrucă dintele, cu toate particularităţile lui *fireşti* (uzură, anomalii) şi artificiale (plombe, lucrare de proteză dentară) rezistă mai mult sau mai puţin la acţiunea focului, după cum e şi intensitatea şi durata acestei acţiuni. In marea majoritate a cazurilor, dinţii îşi păstrează forma, cu resturi de smalţ calcinat: numai atunci când calcinarea e prea înaintată, dintele se reduce la un ciot albit de foc şi friabil.

Exemple de identificare a cadavrelor carbonizate cu ajutorul particularităţilor naturale sau artificiale ale arcadelor dentare:

I. O serie de corpuri şi resturi umane carbonizate cu prilejul incendiului dela Bazarul de Caritate din Paris: *a)* Identificarea ducesei de Alençon cu ajutorul *fişei dentare.*

b) Identificarea contesei de Villeneuve, *graţie fişei* găsite la dentistul care'i ingrijise dinţii: prezenţa in maxilarul superior regăsit a doi dinţi (incisivul lateral stâng şi caninul stâng) de porţelan fixaţi pe o piesă protezică de aur şi cari dinţi artificiali sub acţiunea flăcării, căpătaseră coloraţiunea albăstrue caracteristică porţelanului ars, pe când ceilalţi dinţi aveau culoarea cretoasă a dinţilor naturali calcinaţi.

c) Identificarea cadavrului unei doamne pentru care *fişa dentară* indica: o plombă de ciment la un molar de sus, câte o carie dentară profundă la caninul din stânga şi la incisivul lateral stâng dela maxilarul superior.

d) Identificarea altui cadavru cu ajutorul unor *plombe de aur numerotate pe fişa dentară.*

e) Indentificarea cadavrului cu ajutorul *fişei dentare* care indica *absenţa unui singur dinte:* un molar inferior — dintele de 6 ani, primul dinte permanent in ordinea apariţiei.

II. Crima: *a)* Identificarea cadavrului unui individ mai întâiu ucis şi apoi ars: in cenuşă s'a găsit *un dinte plombat, trei blocuri de dinţi minerali cu cârlige — particularităţi cari corespundeau mulajului şi fişei dentare.*

b) Identificarea unui cadavru carbonizat cu ajutorul *fişei dentare* care indica: coroană de aur la dintele de 6 ani din jumătatea din dreapta a maxilarului inferior: o plombă la unul din molarii din dreapta al aceluiaş maxilar.

D. Cadavru ciopârţit. — Oase desprinse din schelet

1. Diferenţiarea oaselor de om de cele de animal

Din capul locului ţinem să arătăm că o atare diferenţiare e uneori foarte anevoioasă: oasele de copii mici se confundă lesne cu acele ale iepurilor, iar oasele marilor antropoizi seamănă foarte mult cu acele ale omului adult. Indeosebi grea e deosebirea atunci când avem să ne pronunţăm asupra oaselor mici sau asupra unor fragmente osoase, mai ales când pedeasupra sunt şi calcinate.

Elementele de diferenţiare sunt de ordine anatomică şi de ordine biologică.

I. **Criteriul anatomic**

E operant atunci când avem de expertizat oase întregi: indicaţiunile date de anatomia comparată, in ce priveşte forma, dimensiunile şi particularităţile oaselor umane, înlesnesc rezolvarea problemei.

a) **Basinul.** — 1. *La antropoizi,* distanţa maximă intre vârful ischionului şi punctul opus cel mai depărtat depe creasta iliacă e mai mare decât distanţa maximă dela o creastă la alta; la *om,* lărgimea e mai mare ca inălţimea.

2. La *patrupezi,* aripile iliace sunt mai lungite, ieşitura promontoriului e mai mare, sacrumul e ingustat şi lungit; la *om,* aripile iliace sunt subţiate şi evazate.

b) **Falangeta ungulală.** — Valoarea diagnosticală a acesteia a fost recent demonstrată de *Parisot-Mutel* (1929), cu prilejul examinării unei grămezi de 369 gr. de resturi osoase foarte mici, provenind dela piese scheletice calcinate şi strivite, extrase din cenuşa de sub grătarul unui cuptor de calorifer. Singură falangeta unguală, graţie extremei ei micimi, işi păstrează integritatea anatomică, atât sub raportul dimensiunilor cât şi acela al conformaţiei.

Numai la om şi la antropoid extremitatea terminală are forma unei spatule pronunţat conturate, — loc destinat inserţiei unghiei.

La celelalte animale, extremitatea aceasta are o conformație care nu aduce deloc cu aceea a unei spatule.

La *antropoid* spatula e puțin desvoltată, pe când la om e foarte pronunțată, ceeace constitue un caracter esențial de diferențiare.

c) **Canalele lui Havers.** — 1. *Diametrul.* — Măsurătoarea acestuia e un element de diferențiare. *Balthazard* și *Lebrun* au stabilit că, pe măsură ce, în seria zoologică, ne depărtăm de om, cu atât diametrul canalelor lui Havers e mai mic. Nesiguranța se ivește atunci când, după acest criteriu, avem de diferențiat un os uman de unul antropoid.

2. *Numărul canalelor.* — După *Kenyeres* și *Heggi*, numărul mediu al canalelor lui Havres e mai mic în osul uman decât în cel animal.

II. **Criteriul biologic**

Atunci când avem aface numai cu fragmente de oase, iar examenul anatomic ori nu e aplicabil ori nu dă un rezultat mulțumitor, recurgem la proba biologică a albuminei din substanța osoasă *(metoda lui Uhlenhuth)*. Pentru aceasta ne servim de făina osoasă obținută prin zdrobirea sau pilirea fragmentelor supuse expertizei.

De observat, însă, că proba biologică dă greș atunci când fragmentele osoase nu mai conțin substanțe albuminoide, adică: oase cari au suferit vreme îndelungată o acțiune intensă a căldurii solare, oase calcinate, oase fierte, oase cari au stat prea multă vreme în pământ sau în apă.

a) **Oasele expuse la soare.** — 1. Experiențele au arătat că pentru un fragment de os tubular, care a stat 9 ani expus la soare, numai cu 8 gr. pilitură se mai poate obține un rezultat pozitiv întru identificarea provenienței lui umane.

2. Cu un fragment osos expus la aer timp de 40 ani, e nevoie de o cantitate de cel puțin 20 gr. făină osoasă, spre a se putea întreprinde administrarea probei lui Uhlenhuth.

b) **Oase scoase din apă.** — Rezultatul pozitiv s'a obținut (prin tratarea unei cantități minime de 2,5 gr. făină osoasă) cu un fragment ținut timp de 7 luni în apă.

c) **Oasele desgropate.** — Fragmentele de oase, cari au stat îngropate în pământ peste 100 ani, nu mai sunt susceptibile de proba biologică.

2. Talia individului

Odată dovedită proveniența umană a oaselor, putem determina talia individului, dacă dispunem de măcar unul din oasele lungi (femurul, tibia, peroneul, humerus, radius și cubitus), de craniu, de oasele iliace, de coloana vertebrală, de oasele mânii și ale labei piciorului. Măsurătoarea unuia din aceste oase, fie cu ajutorul unui compas sau cu acela al planşei osteo-metrice a lui Broca, ne dă posibilitatea ca, graţie cifrei obţinute, să reconstituim cu o mare aproximaţie talia întreagă.

I. Calculul taliei

Se face fie servindu-ne de nişte coeficienţi ficşi (pentru făt şi adult), fie cu ajutorul punctelor de osificare cari, indicând vârsta, servesc astfel la stabilirea taliei minorului până la 16 ani (vezi: „Vârsta minorului", tabela lui Quételet, tabela lui Variot şi Chaumet), fie, însfârşit, cu ajutorul altor tabele speciale.

a) Coeficienţii taliei. — Cifra reprezentând mărimea unuia din oasele lungi se înmulţeşte cu coeficientul respectiv, iar produsul ne înfăţişează talia aproximativă.

De observat: aproximaţia nu e destul de mare, atunci când nu calculăm decât cu un singur os lung dela unul din membrele superioare ori inferioare.

Controlul, în caz când dispunem de oase lungi şi ale braţelor şi ale picioarelor, e următorul: după ce am obţinut talia prin aplicarea coeficientului osului dela braţ, căutăm şi talia prin utilizarea coeficientului osului dela membrul inferior; adunăm cele două rezultate, iar media lor reprezintă talia, cu o mai mare aproximaţie.

Mai trebue să se ţină seama de asimetria normală a oaselor lungi: humerusul drept e mai lung decât cel stâng cu 8—22 mm.; între cele două femure (indiferent dacă e cel din dreapta ori cel din stânga) se notează o diferenţă de lungime de 3—10 mm.

I. Coeficienţii pentru obţinerea taliei fătului sunt:

Femur	Tibia	Peroneu	Humerus	Cubitus	Radius
5,15	6.21	6,62	6,13	7,09	8,2

II. Coeficienţii pentru obţinerea taliei noului-născut. — *Langer-Krater* propun următorii coeficienţi:

Coloana vertebrală	Craniul	Femurul	Tibia	Humerus	Radius	Mâna	Laba piciorului
2,60	4,89	5,19	6,20	6,12	8,54	7,95	8,62

III. Coeficienţii pentru obţinerea taliei adultului diferă după sex şi sunt următorii:

	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
Bărbat	3,66	4,53	4,58	5,06	6,86	6,41
Femee	3,71	4,61	4,66	5,22	7,16	6,66

Langer-Krater propun următorii coeficienţi pentru obţinerea taliei *adultului masculin:*

Coloana vertebrală	Craniul	Femurul	Tibia	Humerus	Radius	Mâna	Laba piciorului
2.82	7,90	3,84	4.65	5	7,06	9,03	9,72

b) Tabelele cu taliile medii stabilite după dimensiunile oaselor examinate. — Unele din ele (cum sunt acele ale lui *Toldt)* privesc individul dela naştere şi până la desăvârşirea osificării, altele (tabelele lui *Rollet* şi acele ale lui *Manouvrier)* au de obiect diversele talii numai ale individului cu osificarea completă.

Tabela lui Toldt pentru băieţi şi bărbaţi

(Oasele membrelor inferioare)

Talia	OASELE ILIACE		Femurul	Tibia	Peroneul	Lungimea labei piciorului	Vârsta
	Distanţa între spina antero-superioară a osului iliac şi tuberozitatea ischiană	Distanţa între spina postero-superioară a osului iliac şi simfiza pubiană					
48,8 cm.	5,1 cm.	4,6 cm.	9 cm.	7.5 cm	7.1 cm.	7 cm.	n. născ. la term.
52 cm.	5,7 cm.	5,5 cm.	9,9 cm.	8 cm	8,1 cm.	7.2 cm.	„ „ „ „
105 cm.	10,8 cm.	11,5 cm.	25.6 cm.	20,5 cm.	22,6 cm.	16,9 cm.	6½ ani
137,8 cm.	14,5 cm.	14.11 cm.	38,5 cm.	30,8 cm.	30,2 cm.	20,8 cm.	12 ani
152 cm.	15,6 cm.	16.2 cm	42.2 cm.	33.3 cm	35 cm.	22,6 cm.	15 ani
163 cm.	16.1 cm.	17,5 cm.	41,7 cm	33,5 cm.	34.2 cm.	22,5 cm.	24 ani
173 cm.	19. cm.	17.9 cm.	47.7 cm.	37,5 cm.	37.1 cm.	24.6 cm.	24 ani

Tabela lui Toldt pentru fete

(Oasele membrelor inferioare)

Talia	OASELE ILIACE		Femurul	Tibia	Peroneul	Lungimea labei piciorului	Vârsta
	Distanţa între spina antero-posterioară a osului iliac şi tuberozitatee ischiană	Distanţa între spina postero superioară a osului iliac şi simfiza pubiană					
74 cm.	7.1 cm.	6,5 cm.	15,1 cm.	12,2 cm.	12,2 cm	10,4 cm.	1³/₄ ani
85 cm.	8,8 cm.	8,9 cm	17,9 cm.	14,7 cm.	14,8 cm.	12,4 cm.	2½ ani
96 cm.	10 cm.	10,6 cm.	21,3 cm.	17,8 cm.	18,1 cm.	14 cm.	4 ani

Tabela lui Toldt pentru băeţi şi bărbaţi

(Oasele membrelor superioare)

Talia	Clavicula	Omoplatul		Humerus	Cubitus	Radius	Lungimea mânii	Vârsta
		Lungimea	Lăţimea					
48,8 cm.	4,35 cm.	4.1 cm.	2.9 cm.	8 cm.	7 cm.	6,1 cm.	6,1 cm.	n. născut la termen
52 cm.	4,6 cm.	4.6 cm	2,65 cm.	8,5 cm.	7,1 cm	6 cm.	7,1 cm.	
106 cm.	8,4 cm.	8.4 cm.	6,5 cm	18,6 cm.	15 cm	13,3 cm.	12,5 cm.	6½ ani
137,8 cm.	11 cm.	11.6 cm.	7,8 cm.	27 cm.	21,9 cm.	19,1 cm.	15,4 cm.	12 ani
152 cm.	13,4 cm.	12,5 cm	9,7 cm	29,7 cm.	23 cm.	20,6 cm.	17,9 cm.	15 ani
165 cm.	14 cm.	14.1 cm.	11,3 cm.	30 cm	23,6 cm.	22,1 cm.	17,3 cm.	24 ani
175 cm.	16,1 cm	16 cm.	11,4 cm.	32,6 cm.	26,4 cm	23,5 cm.	19 cm.	24 ani

Tabela lui Toldt pentru fete

(Oasele membrelor superioare)

Talia	Clavicula	Omoplatul		Humerus	Cubitus	Radius	Lungimea mânii	Vârsta
		Lungimea	Lățimea					
74 cm.	6,4 cm.	5,8 cm.	4,3 cm.	11,95cm.	9,8 cm.	8,4 cm.	8,7 cm.	1½ ani
83 cm.	6,6 cm.	6,3 cm.	5,2 cm.	13,9 cm.	11 cm.	9.4 cm.	10,1 cm.	2½ ani
96 cm.	8 cm.	8 cm.	6,4 cm.	16,6 cm.	12,5 cm.	11 cm.	11 cm.	4 ani

Tabela lui Rollet pentru bărbați

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,52	0,415	0,334	0,329	0,298	0,223	0,233
1,54	0,421	0,338	0,333	0,302	0,226	0,237
1,56	0,426	0,343	0,338	0,307	0,228	0,240
1,58	0,431	0,348	0,343	0,311	0,231	0,244
1,60	0,437	0,352	0,348	0,315	0,234	0,248
1,62	0.442	0,357	0,352	0,319	0,236	0,252
1,64	0,448	0,361	0,357	0,324	0,239	0,255
1,66	0,453	0,366	0,362	0.328	0,242	0,259
1,68	0,458	0,369	0,366	0.331	0,244	0,261
1,70	0,462	0.373	0,369	0,335	0,246	0,264
1,72	0,467	0,376	0,373	0,338	0.249	0,266
1,74	0,472	0,380	0,377	0,342	0.251	0.269
1,76	0,477	0,383	0,380	0,345	0,253	0.271
1,78	0.481	0.386	0,384	0,348	0,255	0,273
1,80	0.486	0,390	0,388	0,352	0,258	0.276

Tabela lui Manouvrier pentru bărbați

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,530	0,393	0,319	0,318	0,295	0,213	0,227
1,552	0,398	0,324	0,323	0,298	0,216	0.231
1,571	0,404	0,330	0.328	0,302	0,219	0,235
1,590	0,410	0,335	0,333	0,306	0.222	0,239
1,605	0,416	0,340	0.338	0,309	0,225	0,243
1,625	0,422	0.346	0.344	0,313	0,229	0,246
1.634	0,428	0,351	0,349	0,316	0,232	0,249
1.644	0,434	0,357	0,353	0.320	0,236	0,253
1,654	0,440	0,362	0,358	0,324	0,239	0,257
1.666	0.446	0,368	0,363	0,329	0.243	0,260
1.677	0.453	0,373	0,368	0,332	0,246	0,263
1,686	0,460	0,378	0,373	0,336	0,249	0,266
1,697	0,467	0,383	0,378	0,340	0.252	0,270
1,716	0,475	0.389	0,383	0,344	0.255	0,273
1,730	0,482	0,394	0,388	0,348	0,258	0,276
1.754	0,490	0,400	0,393	0,352	0,261	0,280
1.767	0,497	0,405	0,398	0,356	0,264	0,283
1,785	0,504	0.410	0,403	0,360	0,267	0,287
1,812	0,512	0,415	0,408	0,364	0,270	0,290
1,830	0,519	0,420	0.413	0,368	0,273	0.293

Tabela lui Rollet pentru femei

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,40	0,373	0,299	0,294	0,271	0,200	0,214
1,42	0,379	0,304	0,299	0,275	0,202	0,217
1,44	0,385	0,309	0,305	0,278	0,204	0,219
1,46	0,391	0,314	0,310	0,281	0,206	0,221
1,48	0,397	0,319	0,315	0,285	0,208	0,224
1,50	0,403	0,324	0,320	0,288	0,211	0,226
1,52	0,409	0,329	0,325	0,292	0,213	0,229
1,54	0,415	0,334	0,330	0,295	0,215	0,231
1,56	0,420	0,338	0,334	0,299	0,217	0,234
1,58	0,424	0,343	0,339	0,303	0,219	0,236
1,60	0,429	0,347	0,343	0,307	0,222	0,239
1,62	0,434	0,352	0,348	0,311	0,224	0,242
1,64	0,439	0,356	0,352	0,315	0,226	0,244
1,66	0,444	0,360	0,357	0,319	0,228	0,247
1,68	0,448	0,365	0,361	0,323	0,230	0,250
1,70	0,453	0,369	0,365	0,327	0,232	0,253
1,72	0,458	0,374	0,370	0,331	0,235	0,256

Tabela lui Manouvrier pentru femei

Talia	Femurul	Tibia	Peroneul	Humerus	Radius	Cubitus
1,400	0,363	0,284	0,283	0,263	0,193	0,203
1,420	0,368	0,289	0,288	0,266	0,195	0,206
1,440	0,373	0,294	0,293	0,270	0,197	0,209
1,445	0,378	0,299	0,298	0,273	0,199	0,213
1,470	0,383	0,304	0,303	0,276	0,201	0,215
1,488	0,388	0,309	0,307	0,279	0,203	0,217
1,497	0,393	0,314	0,314	0,282	0,205	0,219
1,513	0,398	0,319	0,316	0,285	0,207	0,222
1,528	0,403	0,324	0,320	0,289	0,209	0,225
1,543	0,408	0,329	0,325	0,292	0,211	0,228
1,556	0,415	0,334	0,330	0,297	0,214	0,231
1,568	0,422	0,340	0,336	0,302	0,218	0,235
1,582	0,429	0,346	0,341	0,307	0,222	0,239
1,595	0,436	0,352	0,346	0,313	0,226	0,243
1,612	0,443	0,358	0,351	0,318	0,230	0,247
1,630	0,450	0,364	0,356	0,324	0,234	0,251
1,650	0,457	0,370	0,361	0,329	0,238	0,255
1,670	0,464	0,376	0,366	0,334	0,242	0,258
1,692	0,471	0,382	0,371	0,339	0,246	0,261
1,715	0,478	0,388	0,376	0,344	0,250	0,264

Toate tabelele sunt intocmite pe baza măsurătorii oaselor proaspete: urmează dar că, atunci când avem de măsurat oase uscate, va trebui să socotim în plus lungimea părţilor moi absente, cam 2 mm. de os.

Să mai notăm că diferenţa între statura calculată după tabelele lui Rollet şi talia calculată după tabelele lui Manouvrier nu trece de regulă de 2 cm în plus pentru acestea din urmă.

3. Vârsta

Abstracţie făcând de gigantism şi nanism — excepţii cari se stabilesc şi cu ajutorul anamnezei — vârsta individului, după oasele răzleţe găsite, se determină servindu-ne de următoarele elemente:

I. **Starea de osificare a diverselor părţi ale scheletului** (Vezi: „Mersul osificării"). — Vom adăuga că un simplu examen superficial al unui os lung ne permite să ne pronunţăm, dacă el provine dela un individ cu osificarea complectă (22—25 ani) sau dela unul sub această vârstă: prezenţa unuia sau a două cartilaje de conjugare indică un os lung dela un individ sub 22 sau 25 ani, după cum e vorba de o femee sau de un bărbat ; absenţa ambelor cartilaje de conjugare indică un os lung dela un individ cu osificarea complectă.

II. **Raportul dintre dimensiunile oaselor examinate şi talia** (vezi: Tabelele lui *Toldt*).

a) *Pentru determinarea vârstei fătului*, *Balthazard* şi *Dervieux* („Etudes anthropologiques sur le foetus humain", 1921) socot suficientă cunoaşterea lungimii diafisare a unuia din următoarele trei oase lungi: femurul, tibia şi humerus. (Pentru dimensiunile medii vezi „Pruncuciderea", vol. II).

1. Se stabileşte întâiu talia care e egală cu o cantitate fixă (8 cm.) plus cifra osului lung examinat înmulţită cu un coeficient care e: 5.6 pentru femur şi 6.5 pentru tibia şi humerus. Insemnând talia cu T, iar diafisele respective cu *f* (femurul), *t* (tibia) şi *h* (humerus), avem două formule pentru determinarea taliei:

$$T = 8 \text{ cm.} + 5.6\, f$$
$$T = 8 \text{ cm.} + 6.5\, t\ (h)$$

2. Produsul obţinut prin înmulţirea cifrei în centimetri a taliei cu coeficientul unic 5,6 reprezintă vârsta în zile a fătului. Insemnând vârsta cu V şi talia cu T, avem formula:

$$V = 5.6\, T$$

b) *Pentru determinarea vârstei* **copilului dela naştere şi până la pubertate**, vezi: „Vârsta minorului" (vol. II. pag. 107). Reamintim cifrele creşterii normale a unui copil născut la termen cu talia mijlocie de 50 cm.: 4 cm. în luna I-a; câte 3 cm. în lunile a II-a, şi a III-a; câte 2 cm. în lunile a IV-a şi a V-a; câte 1 cm. în fiecare dintre ultimele şapte luni: în al doilea an creşterea totală e de 10 cm.; în al 3-lea şi al 4-lea an, sporul e de numai 4—5 cm. pe an.; la 5 ani talia iniţială (a naşterii) s'a dublat, iar la 15 ani aceeaş talie s'a triplat.

c) *Talia şi dimensiunile diverselor oase ale* **scheletului adultului.** — Folosindu-ne de datele lui *Vierodot*, putem întocmi următoarea tabelă pentru câte un tip de adult masculin şi unul feminin:

	Bărbat	Femee
Talia întregului schelet	162—172 cm.	151—162 cm.
Inălţimea capului (partea dinapoi)	14 „	13 „
Lungimea perpendiculară a coloanei vertebrale	70 „	68 „
„ sternului	18— 20 „	16— 17 „
„ claviculei	14.2 „	13,6 „
„ omoplatului	16 „	14 „
Lăţimea „	12 „	10 „
Lungimea acromionului	6 „	5 „
„ humerusului	32 „	30 „
„ cubitusului	26 „	23 „
„ radiusului	24 „	22 „
„ mânii	20 „	18 „
Inălţimea osului iliac	22 „	19 „
Lăţimea crestei osului iliac	28 „	30 „
Lungimea femurului	55 „	43 „
„ rotulei	4 „	4 „
„ tibiei	39 „	34 „
„ peroneului	37 „	33 „
„ labei piciorului	24 „	22 „
Inălţimea „ „	7 „	6 „
Unghiul format de colul femural cu diafisa	127°—135°	112°—125°

III. **Diametrii canalelor lui Havers**, cari cresc în raport direct cu vârsta: stabilirea diametrului mijlociu serveşte la determinarea vârstei (*Balthazard-Lebrun*). *Leclerq, Muller* şi *Noyrac* (1929), măsurând diametrii a 150 canale ale lui Havers (cu ajutorul unui micrometru ocular etalonat), au obţinut cifra medie de 45 microni; raportându-se la curba variaţiunilor diametrului mijlociu al acestor canale, le-a fost uşor să determine cu aproximaţie vârsta individului dela care proveneau oasele examinate: 36 ani.

IV. **Suprafaţa vertebrelor lombare.** — Structura radiară a suprafeţelor superioară şi inferioară a corpului unei vertebre lombare e o indicaţie, că osul aparţine unui individ în curs de creştere (*Merkel*, 1928).

V. **Dentiţiunea.** — Formula dentară indică perioadele vârstei.

1. S'a făcut dovada că individul al cărui craniu a fost examinat era mai mare de 12—13 ani, pentrucă avea deacum întreaga dentiţiune permanentă, minus măselele de minte.

2. Pretinsul craniu al lui Ludovic XVII (fiul lui Ludovic XVI al Franţei) a putut fi dovedit că în realitate aparţinea unui individ de cel puţin 18 ani (pe când Delfinul, în momentul morţii, nu avea decât 10 ani), prin: prezenţa a două măsele de minte la maxilarul inferior, prezenţa de pete pe smalţ; uzura accentuată a marginii libere a coroanei incisivilor.

In ce priveşte dinţii răzleţi găsiţi cu ocazia unei desgropări, ţinem să atragem atenţiunea, că expertul poate uneori să dea, în afară de dinţii fireşti, peste un număr variabil de dinţi de mărimi şi forme diverse. Vrem să vorbim de:

a) *Producţiunile dentare teratogenice ale maxilarului:* în kistele arcadei dentare (frecvent în zona molarilor maxilarului inferior) se găsesc dinţi sau numai rudimente dentare. Prezenţa unor atari dinți e *o indicațiune și în privința vârstei:* kistele dentare se produc numai la individul trecut de vârsta primei dentițiuni.

b) *Dinții cari nu aparțin arcadelor dentare și cari s'au format într'o regiune oarecare a corpului, la o distanță mai mare sau mai mică de maxilare.* E vorba de dinții kistelor dermoide, cari își pot avea sediul în gât, intestin, testicule, ovare (*Paul Reclus* a extirpat un kist dermoid în care a numărat 300 dinți).

c) Să amintim și de *dinții supra-numerari* (vezi examenul cadavrului întreg).

4. Sexul

I. Diferențele de dimensiune (tabelele *Toldt, Rollet* și *Manouvrier)*.

II. **Sternul** feminin e mai scurt și mai lat (îndeosebi în partea superioară).

III. **Femurul.** — La *femee* osul are drept caracteristice: gâtul mai mult orizontal: unghiul format de gât și tijă e aproape drept, astfel că trochanterul mare se găsește aproape la acelaș nivel cu capul articulației. — La *bărbat:* colul și tija femurului formează un unghiu ascuțit, ceeace face ca trochanterul mare să se găsească dedesubtul capului articulației.

IV. **Oasele basinului:** vezi diferențierile expuse la studiul scheletului întreg.

5. Semnele particulare

I. **Viciile de conformație**, deformațiunile dobândite ale diverselor oase.

II. **Leziunile** osoase (urmele unei răniri cu un corp contondent, ascuțit, înțepător, cu armă de foc) cari persistă timp de decenii și chiar de secole.

III. **Particularitățile arcadelor dentare** (vezi examenul scheletului întreg și acela al cadavrului carbonizat).

IV. **Identificarea prin compararea imaginilor radiografice** ale particularităților de constituțiune a oaselor sau ale stării de osificare, bine înțeles numai în cazul când există o atare imagine obținută în viață, cu puțin înainte de moarte. *(Culbert-Law* — 1927 a identificat oasele unui cadavru, grație complectei suprapuneri a imaginilor radiografice — cea vitală și cea post-mortală, — înfățișând sinusurile frontal, etmoidal, sfenoidal și apofisa mastoidiană a temporalului. — Imaginea vitală fusese luată cu prilejul unui accident).

6. Diferențiarea oaselor dela două sau mai multe schelete

Expertul poate fi chemat să examineze grămezi mai mari sau mai mici de oseminte.

1. In primul loc, prin mijloacele arătate, face, pentru fiecare din oase, **diferenţiarea originei** (de om sau de animal), punând de o parte cele umane.

2. Misiunea lui nu e terminată, pentrucă mai are de stabilit **dacă diversele oase aparţin unuia şi aceluiaş schelet sau la două ori mai multe schelete.**

In cazul din urmă, i se cere expertului să facă repartiţia individuală a oaselor, adică să le grupeze după scheletul căruia au aparţinut.

3. Triajul acesta e bazat pe **stabilirea raportului numeric între două oase lungi, unul dela sistemul osos al membrului superior şi altul dela acelaş sistem al membrului inferior.**

Raportul acesta, care e constant începând cu al 15-lea an al vieţii unui individ normal desvoltat, diferă, fireşte, după cele două oase examinate şi are următoarele indice numerice:

a) *Raportul între lungimea humerusului şi aceea a femurului:* 0.72.
b) *Raportul între lungimea humerusului şi aceea a tibiei:* 0.89.
c) *Raportul între lungimea humerusului şi aceea a peroneului:* 0.90.
d) *Raportul între radius şi femur:* 0.54.
e) *Raportul între radius şi tibia:* 0.67.
f) *Raportul între radius şi peroneu:* 0.68.
g) *Raportul între cubitus şi femur:* 0.56.
h) *Raportul între cubitus şi tibia:* 0.70.
i) *Raportul între cubitus şi peroneu:* 0.71.

4. Indeosebi, în ce priveşte **reconstituirea unui schelet de bărbat (talia 162—172 cm.) ori de femee (talia 151—162 cm.)** ne putem servi şi de datele lui *Vierodot* care, precum am văzut, dă dimensiunile diverselor oase ale aceluiaş schelet, inclusiv ale unora dintre oasele late.

5. I se mai poate cere expertului să demonstreze **dacă oasele izolate aparţin unuia şi aceluiaş membru superior sau inferior.**

Raportul între diversele oase lungi ale membrului superior sau inferior e şi el constant:

a) *Raportul între radius şi humerus:* 0.75.
b) *Raportul între cubitus şi humerus:* 0.78.
c) *Raportul între radius şi cubitus:* 0.95.
d) *Raportul între tibia şi femur:* 0.80.
e) *Raportul între peroneu şi femur:* 0.79.
f) *Raportul între peroneu şi tibia:* 0.98.

— SFARŞITUL INTREGULUI TRATAT —

TABLA DE MATERII

O LĂMURIRE (Pag. 3—5)

DIVIZIUNEA I-a: OMUL VIU (Pag. 7—512)

PARTEA I-a: COPILUL CONCEPUT ŞI COPILUL NĂSCUT (Pag. 7—103)

Pag.

Cap. I: Concepţiunea . . . 7—12
  1. Filiaţiunea şi capacitatea de a moşteni . . . . 8—11
  2. Dovada medico-legală a concepţiunii . . . 11—12
Cap. II: Naşterea . . . . . . 13—28
  1. Dovada vieţii extra-uterine . . . . 13—20
  2. Viabilitatea . . . . . . 20—22
  3. Viciile de conformaţie. — Monştrii . . . . 22—28
Cap. III: Sexul. — Hermafrodismul . . . . . . 29—43
  1. Absurdităţi legale . . . . 29—36
  2. Examenul individului viu 36—40
  3. Examenul cadavrului . . 40—41
  4. Speciile de hermafrodiţi. 41—43
Cap. IV: Tăgada paternităţii şi a maternităţii . 44—83
  1. Dispoziţiunile legale . . 44—45
  2. Durata sarcinii (termenul de 180 şi 300 zile; calculul gestaţiunii normale). 46—51
  3. Indicaţiuni accesorii (semnele morfologice, grupele sanguine) 51—55
  4. Expertiza medico-legală (suprafecundarea, superfetaţia; sarcina simulată) . . . . . 56—60
  5. Impotenţa — sterilitatea (impotenţa bărbatului; impotenţa femeii; azoospermia; castrarea; criptorchidia; sterilitatea femeii) . . . . . 60—79
  6. Tăgada maternităţii . . 79—80
  7. Fecundarea artificială . 80—82
  8. Expertiza medico-legală . 82—83
Cap. V. Perversiunea simţului genital . . . . . . 84—98
  1. Masturbarea, pederastia, coitul bucal, mixoscopia, fetişismul, masoşismul, sadismul, necrofilia, zoofilia, nimfomania. . . . . 84—94
  2. Inversiunea (homosexualitatea) . . . . 94—98
Cap. VI: Legiferarea sterilizării şi a castrării forţate . 99—103

PARTEA a II-a: MINORUL (Pag. 104—144)

Pag.

Definiţia şi nepotrivirile legale . . . . 104—106
Cap. I: Vârsta (talia şi greutatea; dentiţiunea; trezirea şi formarea inteligenţei) . . . . . . 107—111
Cap. II: Pubertatea . . 112—122
  1. Funcţiunea spermatogenetică . . . . 113—114
  2. Menstruaţia . . . . 114—119
  3. Fenomenele morbide ale menstruaţiei . . . 119—122
Cap. III: Responsabilitatea minorului . . 123—144
  1. Discernământul . . . 124—130
  2. Cauzele de alterare a individualităţii morale a minorului . . . . 130—140
  3. Misiunea medicului expert . . . . 140—144

PARTEA a III-a: ADULTUL (Pag. 145—312)

Pag.

Cap. I: Discernământul. — Responsabilitatea atenuată . . . . 145—211
  1. Observațiuni asupra dispozițiilor legale . . . . 145—153
  2. Etiologia delictului și a crimei (infractorul născut; infractorul de ocazie; infractorul din obiceiu; infractorul nebun, infracțiunea profesională) . . 153—158
  3. Patologia incapacității civile și a iresponsabilității penale (diversele forme ale psicho-nevrozelor și ale alienației mintale; psichozele beției; agonia; bătrânețea) . . . . 158—207
  4. Diagnosticul medico-legal al stării patologice . . 207—211
Cap. II. Serviciul militar . . 212—225
  1. Apți a face serviciul . . 213—216
  2. Inapți a face serviciul 216—225
Cap. III: Simularea, exagerarea și provocarea afecțiunilor și leziunilor 226—257
  1. Bolile generale . . . . 228—229
  2. Bolile de piele; leziunile chirurgicale; afecțiunile pulmonare; bolile nasului; ale gurii și urechii; turburările vorbirii; bolile ochilor; afecțiunile aparatului digestiv; afecțiunile aparatului genito-urinar; afecțiunile aparatului circulator . . 229—244
  3. Diversele boli nervoase; paraliziile; epilepsia, histeria, turburările mintale . . . . 244—257
  4. Disimularea 257
Cap. IV: Ultrajul public contra pudoarei . . . . 258—264
  1. Exibiționimsul, frecarea, palparea, saliromania, bestialitatea . . . . 259—263
  2. Acțiunea de pervertire a simțului moral . . . 263—264

Pag.

Cap. V: Atentatul la pudoare 265—280
  1. Definiția.— Siluirea și tentativa de atentat . . 265—270
  2. Etiologia și executarea atentatului . . . . 270—277
  3. Atentatele imaginare . . 277—280
Cap. VI: Diagnosticul atentatului la pudoare . . 281—322
  1. *In raportul etero-sexual natural* (examenul himenului) . . . . 281—293
  2. Desvirginarea . . . . 293—299
  3. Leziunile vaginale. — Alte leziuni caracteristice . 299—301
  4. Infecțiunea venerică . . . 302—305
  5. Turburări psihice și nervoase 305
  6. Moartea. — Sarcina . . 306—309
  7. *In raportul etero-sexual contra naturii* . . . . 309—310
  8. *In raportul homo-sexual* 310—314
  9. *Călăuza expertului* (examinarea victimei și a autorului) . . . . 314—322
Cap. VII: Actele vieții civile.- Interdicția . . : . 323—339
  1. Interdicția; consiliul judiciar; auto-interdicția 323—327
  2. Internarea . . . . 327—332
  3. Actele nule de drept . . 332—339
Cap. VIII: Căsătoria . . . 340 - 349
  1. Certificatul preanupțial (bolile contra-indicație a căsătoriei) . . . . . . 341—346
  2. Consanguinitatea . . . 347—349
Cap. IX: Anularea căsătoriei. — Avortul . . . 350—368
  1. Nulitatea.—Opoziția . . . 350—358
  2. Divorțul . . . . 358—368
Cap. X: Sarcina . . . . 369—389
  1. Sarcini anormale, sarcini imposibile . . . . 369—371
  2. Semnele și diagnosticul sarcinei . . . . 371—382
  3. Imaginea radiografică a scheletului fetal . . . 382—385
  4. Vârsta fătului și durata sarcinii 385
  5. Efectele morbide ale sarcinii . . . . 385—389

Pag.
Cap. XI: Avortul . . . . . . 390—432
1. Legislaţia şi definiţia . . 390—392
2. Etiologia avortului . . . 393—395
3. Avortul spontan . . . 395—400
4. Avortul terapeutic . . 400—402
5. Avortul criminal . . 402—406
6. Urmările avortului . 406—411
7. *Diagnosticul avortului* . 411—432
(Examenul embrionului şi al fătului 412—418; examenul sângelui şi al părţilor oului 418—420; examenul femeii vii 420—424; examenul cadavrului femeii 424—428; diferenţiarea avortului spontan de cel provocat 428—432)
Pag.
Cap. XII: Facerea 433-455
1. Mecanismul parturiţiei şi varietăţile de faceri . . 433—439
2. Accidentele şi complicaţiile facerii . . . . 439—444
3. Diagnosticul facerii (examenul femeii vii; examenul cadavrului) . . . 444—455
Cap. XIII: Pruncuciderea . . 456—512
1. Definiţia, legislaţia, etiologia . . . . 456—458
2. Diagnosticul (examenul cadavrului copilului 458—476; cauza morţii copilului 476—512; examenul mamei 512) . . 458—512

DIVIZIUNEA a II-a: VĂTĂMAREA SĂNĂTĂŢII, INCAPACITATEA DE LUCRU ŞI SUPRIMAREA-VIEŢII (Pag. 513-1021)

PARTEA I-a: EXAMENUL INDIVIDULUI (Pag. 514 872)

Pag.
Cap. I: Misiunea expertului 514—549
1. Examenul locului şi al hainelor 514
2. Natura, realitatea şi numărul leziunilor . . . . 514—517
3. Determinarea cauzei bolii 517—520
4. Rana mortală . . . . . . 521—522
5. Vechimea rănii, cicatricele . . . . 522—524
6. Diferenţiarea unei răni vitale şi agonice de una post-mortală . . . 524—533
7. Interpretarea paraliziilor sensibilităţii şi motilităţii, a nevritelor, nevrozelor şi psichozelor 533—538
8. Interpretarea cauzei morţii 539—542
9. Intervalul de supravieţuire în leziunile mortale . . 542—546
10. Incapacitatea de lucru . 546—549
Cap. II: Examenul general somatic şi psichic . . 550—570
1. Leziunile superficiale şi afecţiunile pielei şi ale părului (smulgerea, pârlirea părului; zgârietura; zdrelirea; sufuziunile sanguine; dermatozele şi turburările pigmentării; tumorile) . . . . 550—558
2. Modificările sumar notate în ţesuturile subjacente pielei şi în organele interne (muşchii, tendoanele, nervii, oasele, articulaţiile, vasele, tubul digestiv, glandele digestive) . . . . 558—570
Cap. III: Rănile caracterizate (lovirile şi rănirile) . . 571—651
1. Contuziunile . . . . . . 572—580
2. Tăitura . . . . . . 580—585
3. Inţepătura . . . . . 585—589
4. Rana făcută cu o armă de foc . . . . 589—609
5. Leziunile consecutive unei explozii . . . . 609—610
6. Plaga atonă 610
7. Arsurile . . . . 610—627
8. Descărcările electrice (electricitatea industrială şi trăsnirea) . . . . . 627—636
9. Leziunile cauzate de corpii radio-activi . . . . 636—638

Pag.

10. Leziunile căldurii radiante și ale insolației propriu-zise .... 638—639
11. Efectele frigului .... 639—643
12. Marile catastrofe 643
13. Leziunile consecutive efortului fizic 644
14. Compresiunea și decompresiunea atmosferică 644—645
15. Surmenajul fizic și intelectual .... 645—647
16. Inaniția .... 647—650
17. Șocul emotiv ...... 650—651
18. Comunicarea boalelor contagioase 651
Cap. IV: Asfixiile mecanice 652—727
1. Definiția —Mecanismul.— Simptomele.— Readucerea la viață. — Leziunile anatomice. — Clasificarea ...... 652—660
2. *Sufocarea* (ocluzia orificiilor căilor respiratorii; obturarea căilor respiratorii; comprimarea toracelui; îngroparea de viu; aerul confinat) .. 660—670
3. *Strangularea* (cu mâna; cu o legătură; diferențiarea strangulării de spânzurare; sufocarea-strangularea) .... 670—683
4. *Spânzurarea* (elementele diagnosticului sumar; mecanismul morții; examenul omului viu; notațiunile pe cadavru; diagnosticul etiologic; strangularea-spânzurarea 683—712
5. *Innecul* (mecanismul morții; diagnosticul) ... 712—727
Cap. V: Otrăvirile..... 728—838
1. Diagnosticul otrăvirii în general .... 730—736
2. Diagnosticul etiologic . 736—737
3. Determinarea otrăvii .. 737
4. *Gazele toxice* (oxidul de carbon, acidul carbonic, hidrogenul sulfurat, clorul, gazele iritante, gazele de luptă, gazele mixte) .... 738—750

Pag.

5. *Otrăvurile volatile* (alcoolul, cloroformul, eterul, cloralul hidrat, acidul cianhidric, ac. fenic, hidrocarburile, formolul, sulfura de carbon, fosforul) 750—775
6. *Otrăvurile metalice* (arsenicul, mercurul, plumbul, cuprul, staniul, zincul, bismutul, antimoniul, bariul, thaliul, argintul, aurul, cadmiul, cobaltul, magneziul) ...... 775—798
7. *Substanțele caustice și iritante* (acidul sulfuric, ac. azotic, ac. clorhidric, ac. acetic, ac. oxalic, soda caustică, potasa caustică, cloratul de potasiu, permanganatul de potasiu, bichromatul de potasiu, nitratul de potasiu, lysolul, tinctura de iod, iodoformul, bromul, amoniacul lichid, acidul fluorhidric, boraxul, ac. tartric, salicilatul de sodiu ac. boric, uleiul de croton, ac. chromic) ... 798—808
8. *Alcaloizii vegetali* (opiul, morfina, codeina, narcotina, narceina, papaverina, hașișul, heroina, cocaina, strichnina, brucina, curare, belladona-atropina, aconitina, barbiturismul, digitala, nicotina, cafeina, ergotina, ruta graveolens, sabina, chinina, aspirina, emetina, colchicina, veratrum, cicutina, phytolacca decandra, picrotoxina, nucșoara, eserina, strofantina, ciupercile) . 808—828
9. *Ptomainele* ...... 829—832
10. *Intoxicația alimentară* . 832—837
11. *Otrăvurile din regnul animal; otrăvurile mecanice.* 837—838

Pag.
Cap. VI: Localizarea leziunilor şi a afecţiunilor după marile segmente ale corpului. 839–872
1. Capul, faţa şi cavitatea craniană; gâtul şi ceafa. 839–852
2. Umerii, toracele şi cavitatea toracică. 852–859
3. Abdomenul 859–869
4. Şira spinării 869–871
5. Membrele 871–872

PARTEA a II-a. MOARTEA (Pag. 873–979)

Pag.
Cap. I: Verificarea morţii . 873–898
1. Mecanismul morţii . . . 874–875
2. *Moartea aparentă şi pseudo-moartea aparentă* . . . 875–881
3. *Moartea reală* (semnele ei generale şi particulare). 881–896
4. Determinarea epocii morţii prin examinarea cadavrului 897–898
Cap. II: Putrefacţia 899–934
1. Mecanismul 899–908
2. *Mersul putrefacţiei microbiene*. 908–922
3. *Auxiliarii microbilor*. . . . 922–930
4. Epoca morţii după faza putrefacţiei 930–934
Cap. III: Moartea suspectă: naturală ori violentă? 935–939 (Examenul macroscopic, histologic şi bacteriologic; analiza chimică)
Cap. IV: Moartea subită . . 940–965
Definiţia 940–942
1. Cauza preexistentă . . . 942–959
2. Imposibilitatea verificării cauzei 959–960
3. *Moartea subită la copii* . 960–965
Cap. V: Moartea prin inhibiţie 966–979
1. Definiţia.—Starea predispozantă.—Mecanismul . 968–970
2. Verificarea morţii 970–971
3. Regiunile susceptibile . 971–976
4. Alcoolismul, comoţia cerebrală, traumatismul psichic, cauza mixtă . . 976–978
5. *Pseudo-moartea subită* . . 978–979

PARTEA a III-a: DUPĂ MOARTE (Pag. 980–987)

Pag.
1. Imbalsamarea, mumificarea, transportul cadavrului . 980–982
2. Inhumarea (cimitirul) . 982–985
3. Incinerarea 986–987

PARTEA a IV-a: DIAGNOSTICUL ETIOLOGIC AL FAPTULUI MEDICAL (Pag. 988–1021)

Pag.
1. *Crima* (diferenţiarea de sinucidere; pruncuciderea; cruzimile contra copiilor, libericidul) . . . 989–993
2. *Sinuciderea* (etiologia, felul; sinuciderea care simulează crima; sinuciderea multiplă; diagnosticul) 993–1005
3. *Accidentul* (faptele medicale şi bolile profesionale; accidentele de muncă; accidentele terapeutice şi chirurgicale; neprevederea) 1005–1021

DIVIZIUNEA a III-a: IDENTITATEA (Pag. 1022 1094)

	Pag.
Cap. I: Elementele de identitate comune omului viu și cadavrului .	1023—1057
1. Portretul vorbit . . .	1023—1031
2. Tatuajul	1031—1039
3. Dactiloscopia	1039—1055
4. Poroscopia; impresiunile palmare și plantare; fotografia roentgeniană; identificarea biologică, histologică și coprologică; identificarea prin urmele dinților; identificarea prin examenul scrisului; fotografia metrică	1055—1057
Cap. II: Identitatea omului viu (Sexul, vârsta, rasa, starea mintală și intelectuală, habitusul, semnele particulare) . . .	1058—1065
Cap. III: Identitatea după moarte	1066—1094
1. *Cadavrul proaspăt* sau *putrefiat* (sexul, vârsta, semnele particulare) . .	1066—1075
2. *Scheletul întreg* (talia, vârsta, mersul osificării: diversele perioade ale vieții după principalele caractere ale osificării; sexul; semnele particulare)	1075—1084
3. *Cadavrul carbonizat* (scheletul intact și scheletul mai mult sau mai puțin desfăcut)	1084—1085
4. *Cadavrul ciopârțit — Oase desprinse din schelet* (diferențiarea oaselor de om de oasele de animal; talia individului; vârsta, sexul, semnele particulare; diferențiarea oaselor dela două sau mai multe schelete) . .	1085—1094

INDICE ALFABETIC
al faptelor medicale şi repertoriu bibliografic

A

abcesul cerebral *traumatic* 848
abdomenul: *lăuza* 380; *lez. traumatice* 859
abortive: *manopere* 305; *substanţe* 403
abrachus 26
Abrikosoff 529.— Abundo 53
abuz sexual 263
acardiacus (*amorf*) 25
accidentul: *de muncă* 1009; *terap. şi chir.* 1010
acefalia 25
acetaţii toxici: *cupru* 792; *mercur* 784, *plumb* 789; *zinc* 794
Achard 749
acizii toxici: *acetic* 801; *azotic* 800; *boric* 807; *carbonic* 746; *cianhidric* 762; *clorhidric* 800, *chromic* 808, 1011; *fenic* 767, *fluorhidric* 807; *muriatic* 800; *oxalic* 802; *sulfuric* 798; *tartric* 807.
aconitina (*intoxicaţie*) 817
acorinus 26
acroleina (*intoxicaţie*) 757
acromegalia 26
Adams 577. — Adler-Herzmark 1008
adipoceara 919
adulterul 339
aerul confinat (*asfixia*) 670
afazia 165; *simulată* 231; *trecătoare* 244
afectele *patologice* 167
afecţiunile simulate: *articulare* 227; *pulmonare* 228; *genito-urinare* 236; *ap. circulator* 238
afionul (*intox.*) 808
afonia *simulată* 231
agamia 43
Agasse-Laffont 1008
agonia: *absenţa* 198; *prelungirea artificială* 201
agorafobia 202
Agostini 243.— Ahlfeld 450; 485; 492; 635
Aikmann. — Alcayaga. — Aldershof
albuminuria *simulată* 257
alcaloizii: *cadaverici* 829; *vegetali* 808
alcoolismul 64, 191, 255, 344, 360; *cronic simulat* 348
alcoolul 750; *etilic* 750; *metilic* 752; *dozarea în sânge* 754; *transmisiunea intoxicaţiei alcoolice la sugaci* 757
Alexandresco (D) 13; 14; 21; 31; 38; 143; 323; 324; 325; 327; 353; 358
alienaţia mintală 344; 354; 366; *transitorie* 365
alienaţii: *at. la pud.* 331
Allard 489. — Alt
alopecia *traumatică* 550
alveolele pulmonare *la n.-născut* 473
amaurosa bilaterală *simulată* 233
ambliopia *bilaterală, histerică* 233
amenoreea *morfinismului* 79; *patologică* 119
amigdalele: *leziunile traumatice* 567
amnezia: *progresivă* 249; *retroactivă* 149; *retrogradă* 188; *simplă* 188; *simulată* 249
Amoedo 1070. — Amreich 857
amoniacul lichid (*intox.*) 806
amorul lesbic 95
amputarea braţelor (*pruncucidere*) 499; 507
Anastasoff 824.— Anderodias 397
Anderson-Cameron 953.— Andral 880
androgynoidul 43
anemia: *artificială* 223; *pernicioasă* 443
anestezia: *accidentele* 1014, *histerică* 243; *retiniană* 245; *simulată* 240
anevrismul: *disecant* 306; *traumatic* 365
Angelstein 1000. — Annan 22
angina: *artificială* 229; *pectorală consecutivă unui traumatism* 520
angiospasm al penisului 66
anilina (*intoxicaţia*) 770
anomaliile *fetale* 385
anorchidia 69
anorexia simulată 234
Anschuetz 1013. — Anthéaume 202; 203
anticoncepţională (*propaganda*) 393
antimoniul (*intoxicaţia*) 795
antimosanul (*intox.*) 1012
antraxul *post-traumatic* 520
anuria *simulată* 257
anus: *leziuni* 309; 312; *atrezia* 25
aorta (leziunile *traumatice*) 364
apendicita *traumatică* 520
Apfel 1017. — Arambasin 679
apodia 26
apoplexia *traumatică tardivă* 849
aprosopia 25
arcadele dentare (leziunile *traumatice*) 567
areola *tigrată* 372
argintul (*sărurile toxice*) 797
aritmomania 202
Arloing 983. — Arneth 743; 771
arsenicul (intoxicaţie) 403; 773; *intoxicaţia cronică* 777; *intox. alimentară* 776; *intox. medicamentoasă şi profesională* 777; *transmisiunea la făt* 777; *originea toxicului găsit în organism* 782; *sărurile de arsenic* 775 — 6; *arsenofagii* 776
arsurile 610; *gradele* 612; *leziunile notate pe cadavru* 619; *diferenţiarea arsurii vitale de cea postmortală* 623; *diferenţiarea ar-*

suru electrice 652; *arsurile artificiale* 226
arterele (leziunile *traumatice)* 564
articulaţiunile: leziunile *traumatice* 561; *distrugerea în putrefacţie* 934
artralgia *histerică* 536
artrita: *deformantă* 561; *sifilitică* 562; *tuberculoasă* 562
ascariodoza 936
Aschoff 647; 648; 636; 878; 887
ascita *congenitală* 442
asfixia *intra-uterină* 477
asfixiile *mecanice* 652; *mecanismul* 653; *simptomele* 654; *readucerea la viaţă* 655; *leziunile anatomice* 656
asmăţuiul (*intoxicaţie*) 404
asociabilitatea (*nevroză*) 162
aspartatul de mercur *(intox.)* 784
aspermatismul 61
aspiraţia sângelui în plămân 528
aspirina *(intoxicaţie)* 824
Astley Cooper 974 — Atajang 1016
atavismul 37; 131
atelectazia *secundară* 485; *totală* 475
atentatele la pudoare 260; *tentativa* 262; *natura* 266; *diferenţiarea atentatului unic de cel repetat* 318; *etero-sexual normal* 281; *etero-sexual contra naturii* 309; *sadic* 279, 310; *imaginar* 272; *perineal* 309; *simulat* 226; *prin surpriză* 269; *în somnul natural* 270; *pederastic* 310, 312, 318; *diagnosticul* 281; *determinarea datei* 320; *examenul autorului* 319, 321
atophan *(intoxicaţie)* 1011
atrofia: *radiologică a copilului* 32; *difuză sclerotică a creerului* 183
atropina: *narcotic* 276; *toxic* 815
Aubertin 398; 443. — Audebert 402; 411
Audouard. — Augsberger. — Autenrieth
aurul (*sărurile toxice*) 797
auscultaţia *uterină* 374
auto-acuzarea (*patologică*) 149
auto-homosexualitatea 96
automatismul ambulatoriu *epileptic* 230
auto-pederastia 87
auto-vaccinarea 1014
auxiliarii microbilor (*putrefacţia*) 922
avortul 390; *incomplect* 424; *parţial* 58; *criminal* 402; *cervical* 425; *provocat* 651; *spontan* 395, 398, 399, 400, 429; *terapeutic* 400; 1017; *semnele de certitudine* 432; *urmările* 406; *examenul femeii* 420
Ayrault 166. — Azalos 998. — Azcna 575
azoofilia 256
azoospermia 63; 74
azotatul de mercur (*intoxicaţia*) 784

B

Baagoe 1012. — Babcock 730
Babeş 23; 24; 28; 36; 901; 936; 937; 938
Babinski 240; 245; 248
Bach 387. — Bachkevitch 796
Badlehner 78. — Baensch 1020. — Bain 126
băiat victimă a unei femei (*atentatul la pudoare*) 318
Balland 371; 398. — Ballogh 150; 300
Balthazard 92; 93; 120; 254; 266; 285; 311; 502; 508; 536; 558; 569; 589; 607; 634; 745; 923; 930; 1055; 1091; 1092
Bar 186; 380; 381; 386; 387. 397; 443
Barbaglia 558. — Barbier 146
barbiturismul 817
Barboneix 443. — Barboux 131
Bardach 348. — Bardinet 468. 475; 486
bariul (*intoxicaţia*) 796
Barjon 12. — Barrancos 999. — Barre 320
Barri 709. — Barth 820. — Barthélemy 443
Barwell 409. — Bastini 697
basinul: *conformaţia* 50; — *viciile* 434
bătăuşii (*sadici*) 90
bătrâneţea: *facultăţile mintale* 201; *impotenţa sexuală* 64; 327
Baudelocque 429; 464; 489
Baudry 233. — Bauer — Rops 790
Baumann 559; 890; 1020
Bayard 437; 503; 505;
Bayle 175. — Bazan 388.
Beach 441. — Beard 182
Beaudoin — Stoupy 237. — Becadelli 511
Béclard 39; 41. — Béclère 1054
Becquel 19. — Beigel 73
belladona *(abortiv)* 404; 815
Bellei 299. — Bellis 793. — Belloc 22
Bellot 242; 498; 872. — Bellusi 934
Belobdrazky 999. — Benda 870
Benedikt 16; 154. — Bencke 78; 486
Benut 953. — Benzengre 1070
benzina (*intoxicaţia*) 769
benzoatul de mercur (*intox.*) 784
Beöthy 509; 634. — Berberow 1016
Berchon 588. — Berger 922. — Berkesy 790
Bernard 400; 650; 651; 937
Bernardi 532. — Bernatzki 319
Berner 167. — Bernt 269
Bert (Paul) 487; 969; 971. — Berthier 120
bertillonage-ul 1023
Bessemans 1013. — Besson 213
bestialitatea 256
beţia alcoolică: *discernământul* 193; *formele* 196; 327; 353
beţia *fiziologică* 189; *patologică* 190
bicefal 57
Bichat 874. — Biesenberger 1018
bichromatul de potasiu (*intox.*) 804
Biesin 1011. — Billard 488
Billroth 32. — Binet 246. — Birch 1011
bismutul (*sărurile toxice*) 744-5
Bisswanger 650. — Bittner 469
bitumul (*intoxicaţia*) 771
Blackstone 193. — Blanche 131; 382
Blandin 387. — Blavier 347
blefaroptosa *histerică* 232
blefarospasmul *histeric* 232
blenoragia: *ano-rectală* 313; *contaminarea* 302, 320, 343; *„blenoragia bacalaureaţilor"* 343
blenosanul (*intox.*) 1011
Blum 225; 233. — Blumenbach 79; 306
Blumenstock 306; 999. — Boas 558
Bobeş 575; 954
Bodechtel 1016. — Boecker 1059
Bogdan 57; 437; 488; 489; 497; 633

Bogdanik 616. — Bogolomova 133
Boisseau 222; 243; 244. — Bojovici 52
bolile *contagioase* 631; *ereditare* 52 — *familiale* 345; *preexistente la noul-născut* 497
bolile de piele 364; *simulate* 225; *infecțioase* (sarcina) 442-443
bolile cari motivează *reforma* și *scutirea* 212-216
bolile mintale ale *minorului* 136; *profesionale* 1006
bolile simulate: *gura* 229; *ochii* 232; *tubul digestiv* 234; *urechea* 229
Bonachi 727. — Bonischi-Fischer 1008
Bonn 13. — Bonnaire 373
Bonnemaison 438; 491; 492
Bonnette 224.— Bontemps 491
boraxul (*intoxicația*) 807; 1011
Borchers 498.— Bordas 983
Bordet 609.— Boricz 803.—Boriss 69
bosa sanguină 442; 466; 472 (*la n. născut*); 494; 553
Bosojukovics 814. — Bossi 393; 443; 486
botulismul 835
Bouchacourt 12.— Bouchard 873
Bouchardat 984.— Boudeville 337
Bouget-Uteau 587.— Bourgeois 348; 583
Bourneville 192, 958
Boutmy 829.— Brama 73
Brandenbourg 346.— Brandi 538
Brandsky 587.— Branton 493
brațele *(leziuni traumatice)* 871
Brauns 497 — Breiski 57
Breslau *(legea lui—)* 473
Breuning 644; 790.— Brialmont 539
Briand 16; 222; 488.— Brieger 616; 830
Brindeau 42; 392; 396; 402; 404; 405; 406;
Briscoe 345
Brissaud 246; 536
Broca 1062.— Brocq 97; 288; 767
bromul (*intoxicația*) 803
bromura *de etil* 761; (*anestezic*) 1014; *br. mercurică* (intox.) 785
bronchiolele *noului-născut* 468
bronco-pneumonia *traumatică* 833
Brondi 600.—Brook 1017
bronșita *artificială* 228
Brouardel 13; 14; 18; 68; 76; 180; 183; 431; 437; 462; 489; 490—5; 508—9; 779; 829; 850; 854; 873; 876; 886; 974;
Brouha 396; 439
Brown-Séquard 170; 242; 243; 487; 834; 888, 966-970
brucina *(intoxicația)* 814
Brubier 703; 876.— Brumat 923
Brun 984 — Bruno-Dubron 536
Bucura 303; 372.— Buknil 137
Budin 293; 386; 491; 492
Buerger 136; 328; 998.— Buerkle 1018
Bulyginsky 956
Bumm 402.—Bungell 937
bura *(rană)* 595
Burkhardt 1013.—Burton 347. — Buschke 796
buza-de-iepure 32; 498
buzele mari (elephantiasis, hernia, sudarea) 76, 281; buzele mici 283-4; —*la parturientă* 448

C

cachexia *precoce* 246.—*post-traumatică* 320
cacodilatul de mercur (*intox.*) 784
cadranul Lacassagne 294
cadmiul (*intox.*) 798
caduca (*în avort*) 420
Cadwick 301. — Calfier 406
cafeina (*intox.*) 822
căile fetale 474
calculul gestațiunii 48
căldura: formele ei vulnerante 625
Callani 397.—Camauer 1017.—Canalis 985
calomelul (*intoxicația*) 784
„cambriolajul sexual" 276
canalul rănii in împușcare 394 (*cu alice* 397; *cu glonte* 394)
cancerul *traumatic* 558; 570
cantarida: *avortiv* 404; *intoxicație* 837
Canuto 998; 1003. — Capaldi 380
capacitatea de a moșteni 9; 10
capilarele cerebrale: *degenerarea lor fibroidă* 937
capsulele supra-renale: *accesorii* 27; *hemoragia la n.-născut* 470
capul noului-născut 18
capul și fața (*leziunile traumatice*) 839; 842; 844
Capuron 22.—Carlini 411.—Caporale 1038
carbonatul: *de cupru* (intox.) 793; *de plumb* (intox.) 789
carbonizarea 614
cardiopatiile *simulate* 239
Carnot 931; 984. – Carrara 1000
Carrière 32. — Carter 13; 736
cartilajele urechii și ale nasului (noul-născut) 18
carunculii mirtiformi 295
Carus 80. — Castaigne 863
căsătoria; *anti-naturală* 31; — *bolile contraindicație* 342; — *motivele de nulitate* 330
Casper 16; 18; 37; 38; 48; 50; 53; 70; 71; 93; 119; 263; 266; 311; 436; 437; 463; 468, 490; 491; 496; 502; 397; 609; 680; 711; 882; 899; 906; 923; 996
castrarea: *accidentală* 69; *complectă, parțială* 69; *pre- și post-pubertară* 70; *consimțită* 69; *criminală* 69; *femeea* 72; *castrarea legiferată* 99
Cathelin 1016
cataleptoide (*atitudini*) 248
cataracta *provocată* 232
catastrofele mari (*leziunile*) 643
Cathala 372; 373; 374; 382; 433
Cattaneo 1013. — Cause 648
cavitatea abdominală (*lez. traumatice*) 860
cavitatea toracică (*leziunile traumatice*) 833
Cazeaux 426; 436; 441. — Cecherelli 39
cecitatea: *post-traumatică* 574; *psichică* 233
cefaleea: *epileptică* 244; *simulată* 248
cefalopagus 28
centrul respirator (*paralizia*) 486
cenușa umană: (*căutarea otrăvii*) 987
Cerbaceff 781. — Cerf 79

certificatul *prenupțial* 341
cerusa (*intoxicația*) 784
Cesaris 857. — Chabot 488
Chambrelent 386
Chantreuil 18; 118; 464. — Chapa 443
Charcot 95; 227; 231; 244; 245; 246; 248
Charbonnel-Masse 560. — Chauffard 580
Chaussier 16; 18; 439; 490
Chavigny 217; 222; 235; 237; 317; 602
cheagurile (*examenul în avort*) 419
cheilo-gnato-palato-schisis 25
cheiloschisis 25
chelbea *artificial* provocată 225
Chesnet 31. — Chevalier 98
chiclazul (*intoxicația*) 792
chiluria *simulată* 237
chinina (*abortiv*) 404; (*intox.*) 824; 1011
chirurgia estetică (*accidentele*) 1018
choreea: *elementele ei morbide* 169,— *formele* 173; *ereditară cronică* 168:— *histerică* 248; *gravidică* 443; — *paralitică* 168; — *choreea lui Sydenham* 157, 248
Christison 15; 527
chromhidrosa *simulată* 225
Churchill 464. — Chwostek 959
cianatul de zinc (*intox.*) 794
cianoza *traumatică* 557
cianura (intox.): *de argint* 797; *de mercur* 784; *de potasiu* 765
cicatricile: *jena funcțională* 226; *examenul* medico-legal 522
ciclopia 25
cicutina (*intoxicația*) 826
cimitirul (*natura terenului*) 985
cinabrul (*intoxicația*) 785
circonferința toracică *la n.-născut* 18
circularele cordonului 484
circulația fetală: *abolirea* 15; 489
Cissel 1000. — Citron 785
cistita *provocată* 238
ciung de ambele mâni: *nou-născut* 52
ciupercile (*intoxicația*) 828
Clarke 654
Claude Bernard 728
Claude (Henry) 120; 178; 818
claustrofilia 202
claustrofobia 202
claustro-mania 999
Clay 51. — Cleary 548.— Cleyndert 834
cleptofobia 168
cleptomania 120; 168
clitoris: *hipertrofia* 76; *la parturientă* 448
clismă mortală 1017
cloaca (*la n. născut*) 498
Cloquet 346. — Cocral 548
cloralul hidrat (*intox.*) 761
cloratul de potasiu (*intox.*) 804
cloroformul (*intox.*) 757; 1015
clorul (*intoxicația*) 747
coaste supranumerare 27
cobaltul (*intoxicația*) 798
cocaina (*intox.*) 811; 1011
cocainismul: *infantil* 201
codeina (*intoxicația*) 810
coeficienții taliei 1087
Coffin 224.—Cohn 560; 1012
coit bucal 87; 309
colchicina (*intoxicația*) 825
colici hepatice *imaginare* și *simulate* 235
Colombino 409. — Colrat 1007
colul uterin: *atrezia, imperforarea* 77; *în avort* 425, 428; *la parturientă* 449; *rupturi* 406, 451
Comby 55; 962
Commandeur 399. — Commarmond 118
comoția cerebrală *traumatică* 849
compresiunea și decompresiunea atmosferică (efectele) 649
compresiunea cerebrală 848
concepțiunea 7; *dovada medico-legală* 11; *momentul* 49
confuzia mintală: *halucinatorie* 248; *simulată* 247; *post-traumatică tardivă* 849
conicina (*intoxicația*) 826
conjuctivita: blenoragică *provocată* 232; *simulată* 232
consanguinitatea (*progenitura*) 347
consimțimântul (*cauze de viciare*) 332
Constantinescu (Ermil) 1018
contaminarea: *traumatică* 520; *venerică* 520
contractura *traumatică Dupuytren* 559
contracturile *histerice* 245
contuziunile 572; — *cerebrale* 848
convulsiunile epileptice (*lateralizarea lor*) 245
copilul: *conceput* 336; *de 6 luni* 464; *de 7 luni* 464; *de 8 luni* 464; *de 9 luni* 465; *la termen* 460; *natural* (drepturile lui) 11; *mort* 19; *precoce* (supraviețuirea) 22; *viu* (caracterele) 17
Coppez 849. — Coppola 166
coprolalia 202
copropraxia 202
Corboulès 848. — Cordes 69
cordonul ombelical 18, 464, 475; — *aspectul* și *culoarea* 467 — *consistența* 475; *absența* 484; — *anomaliile* 484 — *căderea* 467, 474; *circularele* 464; — *hemoragia* 485, 495; — *inserția velamentoasă* 485; — *obturarea circulației fetale* 468; — *procidența* 485; — *răsucirea* 484; — *ruperea* 491—2; — *scurt* 484; — *smulgerea* 499, 507; — *tumori* 485
Corin 408; 490; 524; 526; 896; 1005
corpul galben 434
corpul uterin 425
corpi streini în vulvă și în vagin 309
corpii radioactivi (*leziunile*) 656
corpul vulnerant: *natura lui* 515
Corrado 446; 1078. — Corvisart 110
Cosăcescu-Zlotescu 859
cositorul (*intoxicația*) 795
Coste 81. — Costéodat 944
Cotuțiu 895; 934; 948. — Couinard 581
Coutagne 265; 310; 315; 405; 408
Couvelaire 398; 399; 440; 484; 507
coxalgiile *histero traumatice* 336; *simulate* 228
crampele profesionale 249
craniopagus 28
cranioschisis 25
craniul noului născut: *deformațiunile* 55;

fracturile intra-uterine 497; *leziunile traumatice* 483, 489
Crecchio 33. — Creite 55
cretinismul 139; 165; 205
crima: *diferențiarea de sinucidere* 990; *sadică* 306
criminalitatea *la copii* 126—7
criptomania 999
criptorchidia 73
cristalii Venerei (*intox.*) 792
criza convulsivă *isterică* 245
criza epileptică: *durata* 244; *simulată* 243; *urmările* 244
crizele apendiculare *simulate* 235
cruzimile contra copiilor 990
cucuta (*intoxicația*) 826
Culbert-Law 1093. — Cullerier 312
culoarea pielei (*filiațiunea*) 33
cunnilingus 87; 309; 318; 319; aberațiunea *cu animalele* 257
cuprul (*intoxicația*) 792
curare (*intoxicația*) 814
curentarea electrică 628.
Curling 73; 617; 622. — Curti 430

D

dactiloscopia 1039; *technica* 1044; *amprentele digitale ale cadavrului* 1046; *formula individuală* 1047, 1051; *tipurile de amprente* 1049
Daersen 308. — Dalignac 47
Dalla Volta 293. — D'Aquiar 265
D'Arsonval 630. — Daser 1013
data *facerii* 433
Daunay 380. — Davies 13
Dean Archie 1020. — Debeau 277
Debré 344. — Debierre 28; 34
debilitatea generală *artificială* 223
debilitatea intelectuală 137
debilitatea mintală 163
decapitarea noului-născut 498; 507
decidua ovarii 434
dedublarea personalității 270
defecte congenitale *ale pielei capului* 480,— *ale oaselor* 479
deformarea infundibiliformă a anusului 312
deformațiunile plastice ale capului *noului-născut* 442
degeneratul superior 254
degenerescența: *stigmatele* 131; *ereditară prelungită* 132; *grăsoasă acută a noului născut* 496; *mintală* 248
degerarea 640
degetărița (*intoxicația*) 819
Dejérine 226; 231; 243; 346
De Laet 636; 940; 950
Delasiauve 137
Delbet 238; 1015. — Del Greco 338
Delherm 12. — Delille 1013
delirium tremens 191
delirul: *în agonie* 200; *agresiv traumatic* 338; *depresiv* 176; *emotiv* 168; *epileptic* 246; *cu forme alterne* 163; *isteric* 246; *melancolic* 192; *delirul sarcinii* 179
delirurile acute *simulate* 247
delirurile *de intoxicație* 248; *paranoide involutive* 183; *sistematizate simulate* 247
Delpech 398. — Demay 483
Demel 856. — Demelin 397; 443
demența: *arterio-sclerotică* 181; *epileptică* 171, 246; *maniaco-depresivă* 172; *paranoidă* 172; *paraplegică* 183; *polisclerotică* 181; *precoce* 182, 338; *senilă* 183, 338, 358; *simulată* 247; *traumatică* 181; *tumorală* 180
Deniker 1063. — Depaul 496
dentistica (*accidentele*) 1021
dentițiunea 110; 1092
depesajul 307; 583
Derblich 218; 222; 243
dermatocelul congenital 24
dermatozele: *simulate* 224; *traumatice* 336
Dervieux 33; 644; 737; 843; 1091
Descazales 854
Desclaux 596; 631; 854
Descoust 624; 634
desfigurarea (*în moartea reală*) 894
Desfosses 220. — Desgenettes 201
Desgrez 743. — Désoille 737; 870
Désormaux 49. — Despine 132
desquamarea pielei (n.-născut) 472
desvirginarea: *diagnosticul* 293, 316; *imposibilitatea ei* 363
detatuarea 1037
determinismul 129
Devay 348.— Dévé 952
Devergie 18; 437; 490; 613; 726; 899; 933
deviațiunile rachisului (*simulate*) 240
Devilliers 491 — Dhelius 1021
diabetul: *simulat* 223; *traumatic* 318; *traumatic tardiv* 830
diafragma: *hernia traumatică* 439; diafragma *noului născut* 469; *leziunile traumatice* 839
dialisa lui Abderhalden 381
diatermia (*accidentele*) 1019
diazo-reacțiunea Derrien 236
dibromidul de etil (*intox.*) 761
dicefalus 27
Didier 429.— Dié 814.— Dielmann 1017
Dien 69.— Dierks 406
diferențiarea avortului spontan de cel provocat 428
diferențiarea fătului de o tumoare (*sarcină*) 385
diferențiarea unui *idiot de un imbecil* 139
digalenul (*intoxicația*) 819
digamia 43
digipuratum (*intox.*) 819
digitala — digitalina (*intox.*) 619
digitoxina (*intoxicația*) 819
Digonnet 440. — Diniz 470
dilatația pupilară 198
dimensiunile oaselor (*n. născut*) 462; 463
dinții (*leziunile*) 367
dioftalmos 27; dipagus 28
diprosopia 27
dipsomania 120, 136, 192; — *simulată* 250
direcțiunea tirului (rană: armă de foc) 603
disartria *simulată* 231

discernământul 124; 143; 333
disestezia generalizată 244
disfagia *simulată* 234
disimularea 252
dismenoreea 116; *membranoasă* 420
dismnezia 249
disociaţia siringo-mielică a diverselor sensibilităţi 240
disoluţia fătului 417; 432
dispneea de origine placentară 486
dispermatism 63
distanţa de descărcare a armei 603
distocia 434; *prin excesul de volum al copilului* 441
distrofia adiposo-genitală 63
Ditrich 433.—Dixey 943
divorţul 338
docimazia: *gastro-intestinală* 473; *hepatică* 201; *pulmonară* 468, 473; *sialică* 470
Doelger 432. — Doerner 497.— Dohrn 283
Doléas 433. — Doléris 186; 396; 402
Domagk 1020.— Doralle 936.— Doré 396
Dorfmeister 301.— Dos Reis 1033
Douay 441.— D'Outrepont 13; 499
dovada vieţii *noului născut* 463
Downes 983. — Draggendorf 816
drama pancreatică a lui Dieulafoy 133
Dreser 738
drojdia de vin *(intox.)* 807
dromomania 120; 230
Dubois (Paul) 436; 441
Du Bois Reymond 890.— Dubrovici 196
Duclaux 983. — Duclos 963
Dugard 347. — Dujol 382
Dumitrescu-Mante 818
Durand-Fardet 123. — Duranton 22
durata sarcinii 46; *oscilările fiziologice* 49; *termenul de 180 zile* 46; *termenul de 300* zile 46 — 48; *determinarea duratei legale* 51; determinarea *după vârsta femeii* 51
durerile facerii: *absenţa* 436; *interpretarea eronată* 437
Duplay 69. — Duplessis 110
Dupré 127 — Dupuy 492
Dupuytren 110; 114; 343
Duvoir 737; 946; 930.— Dyrenfurth 390

E

Ecalle 370; 371; 380; 381; 383; 396; 408
echimoza 332; *artificială* 223; 334; *simulată* 334; *spontană* 334
echivalenţii epileptici 169; 174; 244
echolalia 202
ectopia:—*cordul* 23;—*stomacul şi intestinele* 236; *vesica* 23
ectrodactilia 52
eczema industrială 336
Edel 679.—Edelmann 1012
edemul: *albastru histeric* 244;—*dur al dosului mânii* 223;—*generalizat al fătului* 442;—*provocat* 239
educaţia *(influenţa ei)* 133
efortul fizic *(leziunile)* 644
Ehmer 263.—Eicke 420
elaionul *(provocat)* 226
eleborul alb *(intox.)* 1011
electricitatea *(leziunile)* 627
elephantiasis *artificial* 226
Elsaesser 18; 49; 442. — Endicher 827
embolia 328; *gazoasă* 410; *histologică* 329; *post-operatorie* 1017; *post-mortală* [illegible]
embrionismul 36; 37
embrionul: *malformaţiunile, oprirea desvoltării* 430;—*în avort* 417; 442
emfizemul: *artificial* 229; *apos* 719
emicrania 23
encefalita *epidemică* 197; *acută-traumatică* 847; *post-vaccinatorie* 1013
encefalocelul 23
encefalul: *greutatea* 134
endocardul *(leziunile)* 837
engastrius 28
Engelhorn 381.—Enrico Ferri 133
ephedrinul *(intox.)* 1011
epignatus 28
epilepsia 140; 134; 174; 327; 344; 363; *alcoolică* 192; *esenţială* 169; *formele* 170; *formele incomplecte* 244; *jacksoniană* 170; 242; *larvată* 170; 244; *latentă* 244; *major* 170; *„marmottante"* 170; *minor* (abortiva) 170; *nazală* 242; *nocturnă* 170; *parţială* 170; *pleuretică* 242; *procursivă* 244; *retiniană* 170; *spinală* 170; *traumatică* 170; 337; 399; 850; *turburările* cauzate de epilepsie 174; *epilepsia simulată* 242; *epilepsia vasomotoria* 170
epileptoide (stările) 169; 174
epispadias 52; 66; 67
epistaxis *artificial* 229
epoca morţii: *după faza putrefacţiei* 930
erecţiunea: *absenţa* 64;—*insuficienţa* 63; *suprimată* 64
ereditatea 37; 131
ergotina *(intox.)* 822; 1012
Erhardt 681.—Erichsen 622. — Ernst 763
erisipeloidul simulat 224
erisipelul simulat 224
erotismul *latent* 179
erotomania 120
eroziunile vulvitice 303
Escande de Messières 243
escoriaţiile 330; *întreţinerea lor* 223
esenţa *de Mirban (intox.)* 770; *de oţet* (intox.) 801
eserina *(intoxicaţia)* 827
esofagismul nervos 234
esofagul: *atrezia congenitală* 936; *leziunile traumatice* 567
Esquirol 81; 168; 347; 681
Esser 567.—Estor 600
eterul: *intoxicaţia* 760; *anestezia* 1014
Etienne 398.—Etienne Henrard 840
Etienne-Martin 37; 110; 120; 201; 978
Etienne-Sicard 862.—Etienny 399
etiologia delictului şi a crimei 133
eunucii 73
euthanasia 201; 1011
Euler 1061
Euzière 1013; 1017
examenul bacteriologic: *cauza morţii* 937
examenul mamei *(pruncucidere)* 312

INST MED FARM TG MURES
[illegible]
[illegible]
35/a